

CALIDAD DE VIDA Y DINÁMICA FAMILIAR TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

S. Cervera y E. Aubá

Salvador Cervera Enguix es Catedrático de Psiquiatría y director del departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra. Enrique Aubá Guedea pertenece al mismo departamento.

Introducción *Cáncer de mama y Psico-oncología*

El cáncer de mama es una patología potencialmente grave y con elevadas prevalencia e incidencia en la población general (Parker et al., 1996), por lo que se presenta como un tema de capital importancia en la gestión político-sanitaria. Además, su estudio es fundamentalmente relevante para los propios pacientes y familiares, y son importantes por diferentes motivos los aspectos psicológicos que lo rodean. Se trata de una patología crónica con gran repercusión sobre el estado psicológico del paciente (Ganz et al., 1992), pero a la vez, hay que subrayar el hecho de que la mama sea un órgano íntimamente relacionado con la feminidad, la autoestima y la sexualidad, lo que constituye una importante fuente de preocupación. El cáncer, y en concreto el cáncer de mama, es un acontecimiento estresante que supone una amenaza para el curso vital de la persona a distintos niveles. Es así también un tema de especial interés para los profesionales de la salud mental, constituyendo uno de los campos de acción fundamentales de la psico-oncología. Desde un punto de vista categorial, los cuadros psiquiátricos más frecuentemente diagnosticados en los pacientes con cáncer son los trastornos de ansiedad, las reacciones adaptativas, los trastornos depresivos y los trastornos mentales orgánicos. Los cuadros adaptativos son los más frecuentes, y pueden evolucionar a trastornos psiquiátricos mayores. Pero hay que señalar que en las respuestas normales (adaptativas) frente al cáncer se encuentran numerosas alteraciones psicopatológicas, y no todas las respuestas anormales (desadaptativas) cumplen

criterios de un trastorno específico (Fawzy y Greenberg, 1996). Por eso puede ser más práctico utilizar una perspectiva dimensional. De esta manera, se centra la atención en grados de sintomatología y para su medición son muy útiles diferentes escalas y cuestionarios, además de que desde un punto de vista práctico, se facilita la detección de alteraciones psicopatológicas en los propios pacientes o en sus familiares (Weisman, 1979). En este sentido, son importantes los estudios de calidad de vida, que es un concepto multidimensional, que incluye el bienestar físico, psicológico y social, aunque otros proponen incluir más dimensiones del actuar humano (Calman, 1987).

Adaptación al cáncer de mama

La frecuencia de trastornos psiquiátricos en la adaptación al cáncer de mama varía entre un 40% y un 50 % (Kissane et al., 1998; Hall et al., 1999; Morasso et al., 2001; Burgess et al., 2002; Gallagher et al., 2002), aunque puede disminuir hasta un 25% según algunos autores (Parle et al., 2001). Estos datos coinciden con los estudios de morbilidad psiquiátrica en la adaptación al cáncer en general, tanto en estudios clásicos (Derogatis et al., 1983) como en otros estudios posteriores (Morera y Cervera, 1990; Hosaka y Aoki, 1996), aunque existe una variabilidad importante entre las distintas neoplasias y estudios (McDaniel et al., 1995). La adaptación al cáncer de mama se ha estudiado con diseños transversales, realizados tras el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y buscan el impacto de la misma a largo plazo. También se han realizado estudios longitudinales de seguimiento (Morris et al., 1977; Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group, 1987; Vinokur et al., 1989; Wolberg et al., 1989; Vinokur et al., 1990), desde las primeras fases tras el diagnóstico e inicio del tratamiento. Estos últimos analizan la calidad de vida y el malestar psicológico en los primeros años tras el diagnóstico. En estos estudios, es frecuente utilizar un grupo control, especialmente en los de diseño longitudinal. El grupo control está constituido fundamentalmente por mujeres sanas sin historia de cáncer de mama o por mujeres con enfermedad benigna de mama, generalmente obtenidas en programas de detección precoz con mamografías periódicas. Es importante señalar que en la literatura no se describen diferencias significativas entre la psicopatología presente en este subgrupo comparado con la población normal (Ellman et al., 1989; Burgess et al., 2002), por lo que se pueden utilizar como controles sanos. Los controles con lesión benigna de mama presentan más alteraciones psicológicas que las mujeres sanas, pero significativamente menos que en pacientes con enfermedad maligna (Morris et al., 1977; Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group, 1987; Wolberg et al., 1989; Andrykowski et al., 1996). Existen diferentes instrumentos utilizados para detectar las alteraciones psicológicas en estas pacientes. Algunos autores emplean

exclusivamente cuestionarios o escalas (Ellman et al., 1989; Parle et al., 2001), que a pesar de su facilidad y rapidez de aplicación, presentan limitaciones de sensibilidad y especificidad (Hall et al., 1999). La bibliografía de referencia se centra en investigaciones que realizan una entrevista clínica semiestructurada, considerada como el "gold estandar" con el que compararse (Kissane et al., 1998; Burgess et al., 2002). Esto permite a Kissane y cols. (1998), entrevistando a 303 pacientes con cáncer de mama tres meses después de la cirugía y siguiendo criterios DSM-IV, describir un 36,7% con trastornos depresivos (9,6% Depresión Mayor, 24,8% Trastorno Adaptativo y 2,3% Distimia), un 8,6% con cuadros de ansiedad (3,9% Trastorno de Adaptación, 1,7% Trastorno de Ansiedad Generalizada, 1,3% Trastorno de Pánico y 1,7% Trastorno de Estrés Posttraumático), un 6,9% con cuadros fóbicos (4,3% fobia simple, 2,0% fobia social, 0,6% agorafobia) y un 9,2% con Trastornos por Abuso de Sustancias (8,9% dependencia de nicotina y 0,3% dependencia de alcohol).

Factores modificadores de la adaptación al cáncer de mama

Existen múltiples factores que intervienen y modifican la respuesta adaptativa de las pacientes. Rowland y Massie (1996) los han agrupado en factores relacionados con la enfermedad, con el paciente y con su entorno.

Factores relacionados con la enfermedad y su tratamiento

La mayoría de las investigaciones se centran en valorar las distintas opciones quirúrgicas que se practican a estas pacientes. Los primeros en describir las reacciones de mujeres que fueron sometidas a mastectomía por cáncer de mama fueron Renneker y Cutler (1952). Posteriormente, a pesar de las dificultades de los estudios prospectivos, estos han sido cada vez más frecuentes a partir de Maguire y cols. (1978). Después son numerosos (Ganz et al., 1992; Curran et al., 1998; King et al., 2000; Cohen et al., 2000; Janni et al., 2001; Nissen et al., 2001). Aparentemente, la cirugía conservadora presenta una mejor adaptación psicológica que la mastectomía (Baider et al., 1986; Wellisch et al., 1989), pero parece claro que estas diferencias sólo se dan en las etapas tempranas (Irvine et al., 1991). De todos modos, fijándonos en los estudios realizados no encontramos diferencias importantes en la psicopatología y la calidad de vida (Fallowfield et al., 1990; Ganz et al., 1992; Schover 1994; Schimozuma et al., 1999) y tenemos que acudir a un metaanálisis (Moyer, 1997) para observar una ligera ventaja para la cirugía conservadora, fundamentalmente en los aspectos relacionados con la imagen corporal (Ganz et al., 1992; Kissane et al., 1998; Nissen et al., 2001). Es interesante observar el patrón de evolución temporal

que se describe en la adaptación al cáncer de mama. Ganz et al. (1992) no detectan diferencias significativas entre las dos opciones quirúrgicas, pero ambos grupos mejoran significativamente a lo largo del primer año, tanto en el estado de ánimo como en la calidad de vida. Aunque las diferencias no eran significativas, las pacientes sometidas a cirugía conservadora presentaron un peor estado de ánimo inicial que mejoraba a los tres meses. Por contraste, en las pacientes mastectomizadas, a pesar de presentar inicialmente un estado de ánimo ligeramente mejor, éste no mejora hasta los seis meses después. Este patrón es similar al observado por otros investigadores (Wolberg et al., 1989). También han sido estudiados otros factores relacionados con la enfermedad y su tratamiento, y no está claro que haya un efecto sobre la morbilidad psicológica. Aunque un estado físico más deteriorado sí se asocia con un peor estado psicológico, ya sea por el avance de la enfermedad o por los efectos secundarios del tratamiento (Harrison y Maguire, 1994), no se describe una clara interacción de las variables "tamaño de tumor" o "grado histológico" (Wolberg et al., 1989; Vinokur et al., 1989; Hopwood et al., 1991; Mc Daniel et al., 1995; Andrykowski et al., 1996; Fulton, 1998; Kissane et al., 1998; Epping-Jordan et al., 1999; Gallagher et al., 2002), ni diferencias significativas con los tratamientos coadyuvantes, como la radioterapia y la quimioterapia (Dean, 1987; Kissane et al., 1998). Otros factores estudiados han sido el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (Vinokur et al., 1989), la recurrencia de la enfermedad (Jenkins et al., 1991) y los efectos secundarios del tratamiento (Longman et al., 1999).

Factores relacionados con el paciente

Uno de los factores relacionados con el paciente, que se ha visto claramente asociado con la adaptación psicológica, es la edad. Se ha descrito que las mujeres jóvenes presentan niveles mayores de distrés psicológico, y de hecho, una edad inferior a 50 años es identificada como factor de riesgo psicopatológico (Harrison y Maguire, 1994; Parle et al., 2001). Sin embargo, esta asociación sólo se aprecia en la fase temprana, cercana al diagnóstico de la enfermedad (Compas et al., 1999), no encontrándose diferencias significativas a largo plazo (Vinokur et al., 1989; Vinokur et al., 1990). Burgess et al., (2002) detectaron también como factor significativamente predictor de alteraciones psicológicas la historia psiquiátrica anterior, lo que coincide con hallazgos previos (Harrison y Maguire, 1994). Igualmente han sido estudiados, aunque están poco definidos, otros factores como la influencia de la personalidad o los mecanismos de afrontamiento (Chen et al., 1996), así como las investigaciones relacionadas con las creencias en torno al cáncer y las alteraciones en los procesos cognitivos.

Factores relacionados con el entorno del paciente

En la adaptación al cáncer en general, hay evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social (Forjaz, 1999; Kornblith et al., 2001), que favorece una mejor adaptación psicológica y una mejor calidad de vida. En el cáncer de mama también se han realizado estudios y la falta de apoyo social se ha identificado como factor predictor de mal ajuste psicológico tras el diagnóstico. De todos modos, falta estudiar con detalle cuál es el papel de la familia en el cáncer de mama, que a parte de ser el apoyo social del paciente más relevante, puede ser estudiado desde otros puntos de vista. Existen distintos estudios que abordan aspectos familiares y conyugales en el cáncer, y concretamente en el cáncer de mama, pero estas investigaciones son muy heterogéneas debido a los diferentes puntos de vista que se pueden adoptar y a la diversidad de sus objetivos. Algunos autores han descrito el efecto positivo que tiene una relación satisfactoria previa con el cónyuge (Northouse et al., 1998; Weihs et al., 1999), y otros han estudiado la importancia de los estilos de afrontamiento que adopten los miembros del matrimonio (Skerrett, 1998; Carey, 1999), analizando también cómo se ve afectado el cónyuge del paciente (Baider y Kaplan-DeNour, 1984; Lewis y Deal, 1995). Northouse et al. (1998) también estudiaron cómo se alteran los niveles de satisfacción marital y el funcionamiento familiar después del diagnóstico de cáncer de mama. Encontraron un ligero empeoramiento en ambos aspectos comparándolo con controles con lesión mamaria benigna. Estos hallazgos son congruentes con estudios previos (Lewis y Hammond, 1993). Howes y cols. (1994) también prestaron atención a cómo el diagnóstico de cáncer de mama puede afectar a la dinámica familiar. Son escasas las investigaciones que estudian cómo el funcionamiento familiar previo a la enfermedad influye en la adaptación psicológica al cáncer de mama. Friedman y cols. (1988) estudiaron el papel de la adaptabilidad y cohesión familiares previas, y encontraron que las pacientes que tenían niveles más altos de cohesión familiar presentaron una mejor adaptación al cáncer, no encontrando un efecto significativo del nivel de adaptabilidad familiar. Sin embargo, estos estudios son insuficientes. Algunos de ellos son meramente descriptivos, y otros han utilizado muestras pequeñas y, por lo tanto, poco representativas. Tampoco hay consenso en qué instrumento se deben utilizar, y esto hace que los estudios sean poco comparables y sea difícil obtener conclusiones fiables.

Objetivos

Nos proponemos estudiar qué papel juega la dinámica familiar en la respuesta psicológica al cáncer de mama, tras el diagnóstico y en los

primeros momentos del tratamiento. Para ello, estudiaremos mediante diferentes cuestionarios, áreas relacionadas con la psicopatología, calidad de vida, ajuste conyugal y funcionamiento familiar, tras el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, comparando estas pacientes con un grupo control. Los objetivos concretos son los siguientes:

1.- Estudiar cuál es el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en el ajuste psicológico (psicopatología y calidad de vida) y ajuste conyugal de las pacientes.

2.- Estudiar tanto la adaptabilidad y cohesión familiares en el momento inicial, para ver así cómo pueden modificar el ajuste psicológico y conyugal.

3.- Estudiar posibles interacciones de otras variables recogidas relacionadas con las características de las pacientes, con la enfermedad o con su tratamiento, sobre los ajustes psicológico y conyugal.

Sujetos y Métodos

Diseño del estudio

Este estudio es parte de una investigación iniciada en septiembre del año 2000 por el Programa de Investigación en Terapia Familiar (PRINTEF,) se ha desarrollado en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, y ha sido subvencionado por el Gobierno de Navarra. El estudio se diseñó de manera que hubiera un grupo de estudio (pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama) y un grupo de controles sanas (mujeres sin cáncer de mama). Se reclutaba a las pacientes inmediatamente tras el diagnóstico de cáncer de mama para el grupo de estudio, o tras la mamografía. Para el grupo de estudio los criterios de inclusión han sido: diagnóstico de cáncer de mama en el mes previo a la primera valoración (T1); estar casada, aceptando también otras formas estables de convivencia; tener entre 40 y 70 años. En el grupo de los controles sanos, se precisaba que fueran mujeres también casadas, entre 40 y 70 años, que se sometían a una mamografía periódica, y que posteriormente se comprobaba que era normal. El estudio ha sido multicéntrico, para conseguir un mayor tamaño muestral, más potencia estadística y una mayor representatividad de la población navarra. De esta manera, en el grupo de estudio hemos incluido pacientes de los tres principales hospitales de Pamplona (Clínica Universitaria, Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino), y las controles sanas han sido reclutadas del Centro de Detección Precoz de Cáncer de Mama del Gobierno de Navarra.

Instrumentos

Protocolo de estudio

Además de los cuestionarios de estudio que describiremos a continuación, el protocolo de estudio constaba de los siguientes documentos:

Documento de consentimiento informado. Lo rellenaron tanto las mujeres de los grupos de estudio y control como los cónyuges y familiares mayores de edad que convivían en el domicilio familiar.

Cuestionario sociodemográfico. Lo cumplimentaban al comienzo del estudio, las mujeres participantes. En él se recogían datos familiares, del nivel socioeconómico y educacional.

Datos de la enfermedad oncológica. Para cada participante con cáncer de mama, se registraba en otro documento la información sobre la enfermedad oncológica, especificando el diagnóstico anatomopatológico, la extensión, el tratamiento quirúrgico recibido y otros tratamientos propuestos.

General Health Questionnaire (GHQ-12)

Como medida de detección de psicopatología hemos utilizado el *General Health Questionnaire* en su versión de 12 ítems (GHQ-12). Lo cumplimentaron las mujeres participantes de ambos grupos de estudio. Existen cuatro versiones diferentes del GHQ, de 60, 30, 28 y 12 ítems, que han sido ampliamente validadas y utilizadas. Se trata de un cuestionario de cribado para la identificación de posibles casos psiquiátricos no psicóticos (Goldberg, 1978). Se centra en rupturas de la función normal, más que en sintomatología que estuviera presente con anterioridad, por lo que mide cambio. Está basado en un concepto no-específico de malestar psicológico y se ha propuesto como un buen instrumento para el screening de trastornos mentales en general (Reuter y Harter, 2001; Goldberg et al., 1997). El cuestionario consta de 12 ítems, que se responden según una escala de intensidad, con cuatro opciones de respuesta. Obtenemos la puntuación total del GHQ-12, que puede variar entre 0 y 12 puntos. Cuanto más elevado sea el total, mayor es la alteración psicopatológica que detecta el cuestionario. Después de una amplia utilización de este instrumento en la literatura, se ha establecido como punto de corte 3 puntos. De esta manera, cuando la suma de puntos es igual o mayor que 3, se considera como altamente predictor de trastorno psiquiátrico. El GHQ-12 ha sido utilizado en estudios para medir el malestar psíquico en pacientes de cáncer de mama (Hughson et al., 1988; Parle et al., 2001; Gallagher et al., 2002), además de los que han utilizado otras versiones del GHQ (Hopwood et al., 2000). Hall y cols. (1999), recomiendan la utilización del GHQ-12 frente a otros instrumentos en los estudios de adaptación al cáncer de mama. Ellman y cols. (1989) utilizaron la versión de 28 ítems en un estudio sobre mujeres sometidas a mamografía para cribado del cáncer de mama.

Cuestionario de salud SF-12 (Short-Form 12 Health Survey)

Como medida de salud y calidad de vida utilizamos el *Cuestionario de Salud SF-12* (Ware et al., 1993). Lo cumplimentaron las mujeres participantes de ambos grupos de estudio. El SF-12 fue pensado como una forma breve del SF-36, seleccionando 12 de sus 36 ítems, y que ha demostrado ser una alternativa no sólo más breve sino con una eficacia y validez comparables. El SF-12 está traducido y validado al castellano (Alonso et al., 1995). El contenido del cuestionario lo constituyen 8 subescalas (Salud Física, Funcionamiento Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Funcionamiento Emocional, Salud Mental), que se resumen en dos medidas globales: el Componente Físico Global y el Componente Mental Global. Se obtienen unos valores normalizados (*norm-based scale scores*) en los que la media poblacional es 50 y la desviación estándar 10, con lo que podemos compararlos entre sí. Para esta normalización, utilizamos los algoritmos estándar, derivados de la población americana, que se comprobó que servían para la población española. Cuanto más alta es la puntuación, más funcional es la dimensión explorada por cada una de las subescalas.

Escala de ajuste diádico (DAS)

Para medir el funcionamiento conyugal utilizamos la *Escala de Ajuste Diádico*, Dyadic Adjustment Scale (DAS), que estudia la calidad del ajuste en la pareja, midiendo distintas dimensiones de armonía (Spanier, 1989). Lo cumplimentaron las mujeres participantes de ambos grupos de estudio, y sus respectivos cónyuges. Este cuestionario consta de 32 ítems y se obtienen cinco puntuaciones totales: cuatro subescalas (consenso diádico, satisfacción diádica, expresión emocional, cohesión diádica) y una puntuación total (ajuste diádico). No todas las subescalas tienen el mismo peso en el ajuste diádico total, y las dos subescalas que más influyen finalmente son el consenso diádico (13 ítems) y la satisfacción diádica (10 ítems). Se obtienen también unos valores normalizados cuya media poblacional es de 50 puntos y su desviación estándar de 10 puntos. Cuanto más alta es la puntuación mejor es el ajuste del matrimonio.

Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)

La *Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (FACES III) la utilizamos para medir el funcionamiento familiar. Lo cumplimentaron las mujeres participantes de ambos grupos de estudio, sus cónyuges y los hijos mayores de doce años que convivían en el hogar familiar. Evalúa las dos dimensiones mayores del modelo circumplejo de Olson, la cohesión y la adaptabilidad familiar (Olson et al., 1985). Es la tercera versión de un cuestionario que se diseñó en 1978 y que se ha ido simplificando consiguiendo ser signi-

ficativamente más breve y con una mayor independencia de las dimensiones.

Consta de 20 ítems que se responden en una escala de 5 puntos tipo Likert. Clasifica a la familia en un tipo de cohesión y un tipo de adaptabilidad. Determina cuatro tipos de cohesión --desligada, separada, unida y aglutinada-- y cuatro tipos de adaptabilidad rígida, estructurada, flexible y caótica, con una gradación de intensidad en ambas dimensiones. Hay estudios en los que se ha descrito que son más funcionales las familias situadas en el extremo superior (dinámica lineal) mientras que en otros estudios lo más funcional es situarse en el centro, en lo que denominan "zona de equilibrio", siendo más disfuncionales las familias que se sitúan en los extremos (dinámica curvilínea).

Análisis estadístico

Utilizamos la versión 11.0 del programa SPSS. Para describir las características sociodemográficas y medico-quirúrgicas de la muestra hemos utilizado medidas de frecuencia y tendencia lineal. Para estudiar las variables clínicas a estudio en la comparación del grupo de estudio y grupo control, hemos empleado la Chi cuadrado de Pearson en el caso de las variables cualitativas (GHQ y FACES III) y la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas (SF-12 y DAS). Para valorar el efecto del tipo de cirugía sobre las variables clínicas en el grupo de estudio hemos empleado las mismas pruebas que en la comparación de grupos.

Resultados

Participación

Han sido finalmente incluidas en el estudio 138 mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama procedentes de los tres centros hospitalarios anteriormente mencionados. Inicialmente se habían reclutado 158 pacientes pero doce fueron excluidas porque no cumplían los criterios de inclusión (eran solteras, viudas o estaban separadas) y ocho no padecían cáncer de mama sino que fueron diagnosticadas de patología benigna mamaria. En el grupo de controles sanas se han incluido finalmente 445 mujeres que habían acudido al Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, y luego se comprobó que tenían un resultado negativo en la prueba. En total se habían reclutado 490, pero fueron excluidas cuarenta y cinco porque no convivían con pareja estable (eran solteras, viudas o estaban separadas).

Características de la muestra

Características sociodemográficas y familiares

Tanto las pacientes del grupo de estudio (CÁNCER) como las mujeres del grupo control (CONTROL) tenían una edad comparable, con una mínima diferencia que no era estadísticamente significativa (CÁNCER:

Tabla 1
Características sociodemográficas

	CÁNCER (n=138)	CONTROL (n=445)	p
Edad [media (DS)]	53,7 (8,2)	54,4 (6,9)	0,40
Número de miembros en el hogar (%)			0,44
2	27,5	20,9	
3	27,5	25,2	
4	29,7	36,9	
5	11,6	11,2	
6 ó más	3,6	5,8	
Área de residencia (%)	23,2	16,6	<0,001
Rural	11,6	2,9	
Semi-urbana	65,2	80,4	
Urbana			
Nivel de estudios (mujer) (%)	58,7	69,2	0,11
Elemental	15,2	13,3	
Bachiller elemental	9,4	6,7	
Bachiller superior	16,7	10,8	
Universidad			
Situación laboral (mujer)(%)	81,8	93,7	<0,001
Activo	4,4	2,5	
Paro	3,6	0,9	
Incapacitado Jubilado	10,2	2,9	
Nivel socioeconómico (%)	4,3	5,2	0,17
Bajo	10,9	6,5	
Medio-bajo	70,3	78,7	
Medio	13,8	9,4	
Medio-alto Alto	0,7	0,2	
Enfermedades (%)	21,7	20,7	0,79
Hipertensión	4,3	4,9	0,78
Diabetes			

DS: Desviación estándar

53,7±8,2; CONTROL: 54,4±6,9; $p=0,40$). Como se puede ver en la Tabla 1, ambos grupos tampoco diferían en las características sociodemográficas, en los niveles educacional y socioeconómico, ni en los antecedentes médicos que presentaban. Sí existía una ligera diferencia en las características del lugar de residencia y en la situación laboral. El 65,2% de las pacientes con cáncer vivían en poblaciones urbanas, mientras que entre las controles sanas esa cifra se elevaba a un 80,4% ($p<0,001$). También diferían en la situación laboral, ya que en el grupo de enfermas se hallaban en activo un 81,8%, frente a un 93,7% en el grupo control ($p<0,001$). Aunque estas diferencias son estadísticamente significativas, la magnitud de la diferencia no es elevada, y siendo comparables en otras variables como la edad, el nivel educacional y el nivel socioeconómico, no pensamos que vaya a tener un efecto sobre los objetivos del estudio, aunque las tendremos en cuenta en el análisis descartando que sean un factor de confusión. Tampoco difería la composición familiar de las mujeres de ambos grupos ($p=0,44$), y tenían un similar número de hijos.

Características médico-quirúrgicas de las pacientes con cáncer de mama

Casi la mitad de las pacientes del grupo de estudio (Tabla 2) fueron reclutadas en la Unidad de Patología Mamaria de la Clínica Universitaria (49,3%), mientras que el resto procedía casi por igual del Hospital de Navarra (23,9%) y del Hospital Virgen del Camino (26,8%). Esto hace que la muestra no sea exclusivamente de la Comunidad Foral de Navarra sino que participen pacientes de todo el territorio nacional. El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue, como cabía esperar de acuerdo con la prevalencia en la población general, el de carcinoma ductal infiltrante (66,7%), y sumándole el carcinoma intraductal (15,2%) y el carcinoma lobulillar (12,3%) se alcanza un 94,2% del total. Y respecto al estadiaje, un 86% de las pacientes tenían un tumor en estadio IIA o inferior. En lo relativo al tratamiento que se les indicó, cabe hacer un comentario sobre las diferentes cirugías realizadas. En la Tabla 2 se puede ver la distribución de las técnicas quirúrgicas que se emplearon, y para un análisis posterior las agruparemos en "cirugía radical" (mastectomía total y mastectomía radical modificada) y "cirugía conservadora" (recesión segmentaria, tumorectomía, mastectomía simple, cuadrantectomía). De esta manera obtuvimos un 30,4% de las pacientes sometidas a cirugía radical y un 69,6% a cirugía conservadora.

Tabla 2
Características medico-quirúrgicas de las pacientes

	Porcentaje (%)
Centro hospitalario	
Clínica Universitaria de Navarra	49,3
Hospital de Navarra Hospital	23,9
Virgen del Camino	26,8
Estadío del tumor	
0	14,0
I	42,6
IIA	29,4
IIB	8,8
IIIA	3,7
IIIB	1,5
Cirugía	
Mastectomía total	4,3
Mastectomía radical modificada	26,1
Recesión segmentaria	60,9
Tumorectomía	5,1
Mast. Simple	0,7
Cuadrantectomía	2,9
Diagnóstico anatomopatológico	
Carc. intraductal	15,2
Carc. lobulillar	12,3
Carc. Ductal infiltrante	66,7
Sarcoma	0,7
Linfoma	0,7
Tubular	2,2
Metapl. Conoroide	0,7
Mucoide mixto	1,4
Linfadenectomía	63,0
Radioterapia	74,6
Quimioterapia	60,1

Frecuencias observadas de las variables clínicas en estudio

Las variables clínicas en estudio son el nivel de psicopatología (cuestionario GHQ), la calidad de vida (SF-12), el ajuste conyugal (DAS) y el funcionamiento familiar (FACES III). Primeramente vamos a estudiar

la diferencia de las variables cualitativas a estudio (GHQ y FACES III) tanto en las mujeres con cáncer como en las controles sanas. En las variables cualitativas el test a aplicar fue el de la Chi cuadrado. Los resultados quedan reflejados en la Tabla 3. Se aprecia que un 50% de las pacientes con cáncer puntúan 3 ó más en el cuestionario GHQ, por encima del punto de corte definido en la escala. Sin embargo en el grupo control sólo un 7,6% de las mujeres presentan un nivel elevado de psicopatología. Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). En el cuestionario de funcionamiento familiar FACES III, no existen diferencias significativas entre ambos grupos ni en cohesión familiar ($p = 0,151$) ni en adaptabilidad familiar ($p = 0,149$). En la tabla 3 puede verse la distribución de las familias en los distintos subtipos de cohesión y adaptabilidad.

Tabla 3
Frecuencias de las variables cualitativas (GHQ y FACES III)

	CÁNCER (n=138)	CONTROL (n=445)	p*
GHQ Psicopatología (%)			<0,001
No (<3)	50	92,4	
Sí (≥3)	50	7,6	
FACES III Cohesión (%)			0,151
Desligada	9,4	9,0	
Separada	29,0	34,3	
Unida	31,2	35,4	
Aglutinada	30,4	21,2	
FACES III Adaptabilidad (%)			0,149
Rígida	19,6	13,1	
Estructurada	52,9	62,5	
Flexible	25,4	23,0	
Caótica	2,2	1,4	

*Chi-cuadrado de Pearson

A continuación se analiza el modo de comportarse las variables cuantitativas (SF-12 y DAS). Estas variables no siguen una distribución normal por lo que se aplicó un test no paramétrico, en este caso la U de Mann-Whitney. Fijándonos primero en el cuestionario de calidad de vida

SF-12, en la tabla 4 se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de cáncer y el grupo control para componente mental (Mental Global) y en la mayoría de las subescalas (a excepción de Dolor Corporal y Salud General). En todas las medidas en las que se observan diferencias, la calidad de vida se aprecia más deteriorada en las mujeres con cáncer. En aquellas variables en las que

Tabla 4
Frecuencias de las variables cuantitativas (SF-12 y DAS)

	CÁNCER (n=138)	CONTROL (n=445)	p*
SF-12	(Mediana)	(Mediana)	
Componente Físico Global	52,02	52,79	0,111
Componente Mental Global	48,56	56,74	<0,001
Salud Física	47,88	56,47	<0,001
Funcionamiento Físico	57,18	57,18	<0,001
Dolor Corporal	57,44	57,44	0,575
Salud General	44,74	44,74	0,203
Vitalidad	57,81	67,88	<0,001
Funcionamiento Social	56,57	56,57	<0,001
Funcionamiento Emocional	47,69	56,08	<0,001
Salud Mental	46,25	52,35	<0,001
DAS	(Mediana)	(Mediana)	
Consenso diádico	56	61	
Satisfacción diádica	51	53	<0,001
Expresión emocional	54	59	<0,001
Cohesión diádica	63	59	<0,001
Ajuste total	57	60	0,031
			<0,001

U de Mann-Whitney

la mediana es similar en ambos grupos y sin embargo se detectan diferencias significativas (Salud Física y Funcionamiento Social), puede verse la distribución de valores por intervalos en la Tabla 5, en la que se observa que el nivel de calidad de vida también es inferior en las pacientes con cáncer. En el cuestionario de ajuste conyugal DAS también existen diferencias significativas entre ambos grupos en las cuatro subescalas y en el ajuste total. Como se puede apreciar en la tabla 4, las mujeres con cáncer presentan unos niveles más bajos en consenso, satisfac-

ción, expresión emocional y ajuste total (en todas ellas $p < 0,001$). Sin embargo, en la subescala que hace referencia a la cohesión diádica, las pacientes con cáncer presentan más cohesión diádica que las del grupo control ($p = 0,031$). Esto es, como se observa en la tabla 5, a expensas de que un 15,6% de las pacientes con cáncer puntúen en esa subescala por encima de 70.

Tabla 5
Distribución por intervalos de las puntuaciones de SF-12 y DAS

	CÁNCER (n=138)					CONTROL (n=445)				
	<30	30,1-40	40,1-60	60,1-70	>70	<30	30,1-40	40,1-60	60,1-70	>70
SF-12 (%)										
Físico Global	2,2	9,4	81,9	6,5	0	1,6	7,4	87,9	3,1	0
Mental Global	9,5	16,1	64,2	9,5	0,7	1,8	5,9	63,6	28,5	0,2
Salud Física	8,0	29,2	62,8	0	0	1,4	7,9	90,7	0	0
Func. Físico	7,2	15,2	77,5	0	0	2,7	7,2	90,1	0	0
Dolor Corporal	2,9	5,1	92,0	0	0	5,8	5,2	89,0	0	0
Salud General	34,8	0	60,1	5,1	0	22,7	0	75,7	1,6	0
Vitalidad	7,4	7,4	49,3	36,0	0	1,4	3,2	32,0	63,5	0
Func. Social	8,8	17,5	73,7	0	0	2,7	4,5	92,8	0	0
Func. Emocional	6,5	21,0	72,5	0	0	1,6	7,4	91,0	0	0
Salud Mental	13,8	6,5	73,2	6,5	0	4,7	5,2	61,3	28,8	0
DAS (%)										
Consenso diádico	3,7	2,2	57,4	36,8	0	0,7	1,1	40,4	57,8	0
Satisfacción diádica	2,2	5,9	91,9	0	0	0,9	2,9	93,9	2,3	0
Expresión emocional	4,6	1,5	67,7	26,2	0	0,7	1,8	52,4	44,9	0,2
Cohesión diádica	1,5	7,4	33,3	42,2	15,6	1,1	3,8	45,8	45,8	3,4
Ajuste total	3,1	5,4	56,6	34,9	0	0,9	1,8	51,9	45,4	0

Influencia del tipo de cirugía empleada sobre las variables clínicas

Finalmente estudiamos cómo influye el tipo de cirugía en las variables de estudio, centrándonos obviamente sólo en el grupo de pacientes con cáncer. Igual que hemos hecho anteriormente, consideramos por separado las variables cualitativas (GHQ y FACES III) (tabla 6), para las que aplicaremos la Chi cuadrado de Pearson, de las variables cuantitativas (SF-12 y DAS) (Tabla 7), en las que utilizamos la U de Mann-Whitney. Las pacientes sometidas a cirugía radical presentan niveles ligeramente más elevados de psicopatología detectados con el GHQ que las pacientes sometidas a cirugía conservadora, aunque sin significación estadística. Tampoco se encuentran diferencias en el funcionamiento de las familias según el FACES III, ni en cohesión ni en adaptabi-

lidad. Sin embargo, sí se aprecia una diferencia entre los dos grupos quirúrgicos en la calidad de vida estudiada con el SF-12. Las pacientes sometidas a cirugía radical puntúan menos en el componente mental y en todas las subescalas, a excepción de Salud General. La distribución por intervalos se puede observar en la tabla 8. En el ajuste diádico medido por el DAS, se aprecia que las pacientes de cirugía radical presentan niveles menores de consenso ($p=0,029$) y satisfacción ($p=0,003$), así como en expresión emocional y en ajuste diádico total, aunque en estas dos últimas las diferencias no tienen significación estadística. Respecto a la cohesión diádica, al igual que se puede apreciar entre pacientes con cáncer y mujeres sanas, las pacientes sometidas a cirugía radical presentan niveles mayores de cohesión que las sometidas a cirugía conservadora, aunque en este caso la diferencia no es significativa ($p=0,311$).

Tabla 6
Influencia del tipo de cirugía en las variables cualitativas (GHQ y FACES)

	Cirugía radical (n=42)	Cirugía conservadora (n=96)	p*
GHQ Psicopatología (%)			0,711
No (<3)	47,6	51,0	
Sí (≥ 3)	52,4	49,0	
FACES III Cohesión (%)			0,905
Desligada	11,9	8,3	
Separada	26,2	30,2	
Unida	31,0	31,3	
Aglutinada	31,0	30,2	
FACES III Adaptabilidad (%)			0,711
Rígida	19,0	19,8	
Estructurada	54,8	52,1	
Flexible	26,2	25,0	
Caótica	0	3,1	

*Chi-cuadrado de Pearson

Tabla 7
Influencia del tipo de cirugía en las variables cuantitativas
(SF-12 y DAS)

	Cirugía radical (n=42)	Cirugía conservadora (n=96)	p*
	Medianas		
SF-12			
Componente Físico Global	48,90	52,79	0,060
Componente Mental Global	45,58	55,79	<0,001
Salud Física	47,88	56,47	<0,001
Funcionamiento Físico	57,18	57,18	0,001
Dolor Corporal	57,44	57,44	0,047
Salud General	44,74	44,74	0,183
Vitalidad	57,81	67,88	<0,001
Funcionamiento Social	46,47	56,57	<0,001
Funcionamiento Emocional	47,69	56,08	<0,001
Salud Mental	43,20	52,35	<0,001
DAS			
Consenso diádico	58,5	61	0,029
Satisfacción diádica	51	53	0,003
Expresión emocional	54	59	0,067
Cohesión diádica	63	61	0,311
Total	57	60	0,060

*U de Mann-Whitney

Discusión

Se puede observar en primer lugar que con el cuestionario GHQ hemos encontrado que un 50% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama presentaban una puntuación igual o superior a 3 puntos (punto de corte definido para la escala). Como habíamos dicho anteriormente, este cuestionario hace un screening de psicopatología, por lo que sugiere que ese porcentaje de la muestra presenta un trastorno psíquico, que podría ser caracterizado con una entrevista clínica y exploración psicopatológica. Este porcentaje coincide con la frecuencia de trastornos psíquicos detectados en otros estudios (Gallagher et al., 2002; Burgess et al., 2002). En las respuestas observadas en el cuestionario SF-12, observamos que, como cabía esperar, las mujeres con cáncer tienen más deterioro en su calidad de vida en casi todas las puntuaciones que el grupo control. Y a la hora de estudiar el efecto del tipo de cirugía sobre las variables clínicas, es en la calidad de vida detectada por SF-12 donde se aprecia la ligera ventaja para la cirugía conservadora frente a la cirugía radical. Estos hallazgos son coherentes con lo observado por otros investigadores (Ganz et al., 1992; Kissane et al., 1998;

Nissen et al., 2001), teniendo en cuenta además, que como en nuestro estudio, en la literatura se han descrito estos hallazgos en las fases tempranas posteriores a la cirugía (Irvine et al., 1991). Es significativo lo encontrado en la calidad de la relación conyugal medida por el DAS. Se observa que el ajuste de la pareja ha empeorado tras el diagnóstico del cáncer, lo que se refleja en la diferencia de puntuaciones en las subescalas de consenso, satisfacción y expresión emocional, así como en el ajuste diádico total. Sin embargo, tras el diagnóstico del cáncer, se produce un aumento en la cohesión del matrimonio.

Tabla 8
Influencia del tipo de cirugía sobre SF y DAS
Distribución por intervalos

	Cirugía radical (n=42)					Cirugía conservadora (n=96)				
	<30	30,1-40	40,1-60	60,1-70	>70	<30	30,1-40	40,1-60	60,1-70	>70
SF-12 (%)										
Físico Global	2,4	14,3	78,6	4,8	0	1,7	7,4	87,1	3,9	0
Mental Global	14,3	21,4	50,0	14,3	0	2,8	7,3	64,8	24,8	0,4
Salud Física	7,3	36,6	56,1	0	0	2,6	11,1	86,3	0	0
Func. Físico	11,9	19,0	69,0	0	0	3,1	8,3	88,5	0	0
Dolor Corporal	2,4	11,9	85,7	0	0	5,4	4,6	90,0	0	0
Salud General	38,1	0	57,1	4,8	0	24,6	0	73,2	2,2	0
Vitalidad	11,9	9,5	47,6	31,0	0	2,0	3,7	35,1	59,1	0
Func. Social	19,0	19,0	61,9	0	0	3,0	6,7	90,4	0	0
Func. Emocional	9,5	28,6	61,9	0	0	2,2	9,2	88,5	0	0
Salud Mental	9,5	11,9	71,4	7,1	0	6,7	5,0	63,5	24,8	0
DAS (%)										
Consenso diádico	7,1	4,8	45,2	42,9	0	0,9	1,1	44,3	53,6	0
Satisfacción diádica	4,8	11,9	83,3	0	0	0,9	3,0	94,2	1,9	0
Expresión emocional	7,7	0	61,5	30,8	0	1,1	1,9	55,4	41,4	0,2
Cohesión diádica	2,4	11,9	28,6	40,5	16,7	1,1	4,1	44,0	45,3	5,4
Total	7,7	7,7	43,6	41,0	0	0,9	2,3	53,7	43,2	0

Lo obtenido en el cuestionario FACES III puede resultar poco coherente a primera vista, ya que no se observan diferencias en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico de cáncer ni con una cirugía más

agresiva. Es fácil de comprender si entendemos lo que mide este instrumento, ya que no detecta adaptación o respuesta a acontecimientos vitales como el cáncer, sino que describe características estructurales de la familia, como la cohesión y la adaptabilidad. Estas dimensiones son más estables, por lo que no era previsible que se modificaran en etapas tempranas tras el diagnóstico. En el caso de que tenga lugar algún cambio, se tratará de un cambio en la estructura de la familia, "cambio de segundo orden" según algunos autores (Olson, 1991; Lee, 1988), y tendrá lugar a lo largo del tiempo, por lo que se tendría que analizar en un estudio de seguimiento. En cualquier caso, puede ser coherente con las características del instrumento no haber hallado diferencias entre los grupos de estudio. Esto nos puede estar sugiriendo que las características familiares descritas son basales o previas al diagnóstico de cáncer, lo que nos permitirá utilizarlo como variable independiente y ver en qué medida interacciona con otras variables.

Conclusiones

Podemos establecer las siguientes conclusiones preliminares:

1.-El diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico inicial son un acontecimiento vital estresante que produce en las pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento en el nivel de su calidad de vida.

2.-Tras el diagnóstico del cáncer, también se produce un empeoramiento en la relación conyugal, lo que se manifiesta en una disminución del consenso, satisfacción y expresión emocional en el cónyuge, a la vez que aumenta el grado de cohesión diádica.

3.-En el primer mes tras el diagnóstico del cáncer de mama, en la familia de la paciente no se detecta una alteración en las características estructurales como son la cohesión y la adaptabilidad.

4.-La cirugía conservadora tiene ventajas sobre la cirugía radical en lo que se refiere a la respuesta psicológica y al ajuste conyugal de la paciente, en el primer mes posterior al diagnóstico del cáncer.

Referencias

- Alonso, J.-Prieto, L.-Anto, J.M. (1995): La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin Barc*; 1995 104(20): 771-6.
- Andrykowski, M.A.-Curran, S.L.-Studts, J.L.-Cunningham, L.-Carpenter, J.S.-McGrath, P.C.-Sloan, D.A.-Kenady, D.E. (1996): Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *J Clin Epidemiol*. 1996; 49(8): 827-34.
- Baider, L.-Kaplan-De-Nour, A. (1984): Couples' reactions and adjustment to mastectomy: a preliminary report. *International Journal of Medicine and Psychiatry* 1984; 14(3): 265-276.

- Baider,L.-Rizel,S.-Kaplan-De Nour,A.(1986): Comparison of couples adjustment to lumpectomy and mastectomy. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 251.
- Burgess,CC.-Ramirez,AJ.-Richards,MA.-Potts,HWW.(2002): Does the method of detection of breast cancer affect subsequent psychiatric morbidity? *Eur J Cancer* 2002; 38(12): 1622-5.
- Calman,KC.(1987): Definitions and dimensions of quality of life. En *The Quality of life of cancer patients*. New York, Raven Press, pp. 1-9.
- Carey,MS.(1999): Coping styles of breast cancer patients and spouses: The effect on patients' psychological well-being and quality of life. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1999; 59(9B): 5074.
- Chen,CC.-David,A.-Thompson,K.-Smith,C.-Lea,S.-Fahy,T.(1996): Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. *J Psychosom Res* 1996; 40(3): 265-70.
- Cohen,L.-Hack,TF.-De Moor,C.-Katz,J.-Goss,PE.(2000): The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol* 2000; 7(6): 427-34.
- Compas,BE.-Stoll,MF.-Thomsen,AH.-Oppedisano,G.-Epping-Jordan,JA.-Krag,DN.(1999): Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Res Treatment* 1999; 54: 195-203.
- Curran,D.-Van Dongen,JP.-Aaronson,NK.-Kiebert,G.-Fentiman,IS.-Mignolet,F.-Bartelink,H.(1998): Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: results of EORTC Trial 10801. *Eur J Cancer* 1998; 34(3):307-14.
- Dean,C.(1987): Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31: 385-392.
- Derogatis,LR.-Morrow,GR.-Fetting,J.-Penman,D.-Piatetsky,S.-Schmale,AM.-Carnicke,CLM.(1983): The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-757.
- Ellman,R.-Angeli,N.-Christians,A.-Moss,S.-Chamberlain,J.-Maguire,P.(1989): Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer. *British Journal of Cancer* 1989, 60: 781-784.
- Epping-Jordan,J.-Compas,B.-Osoviecki,D.-Oppedisano,G.-Gerhardt,C.-Primo,K.-Krag,D.(1999): Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology* 1999; 18:315.326.
- Fallowfield,L.-Hall,A.-Maguire,GP.-Baum,M.1990): Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal* 1990; 301: 575-580.
- Fawzy,FI.-Greenberg,DB.: Oncology. En Rundell JR, Wise MG.(1996): *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, The American Psychiatric Press, Washington,.
- Forjaz,MJ.(1999): Comparative Models of the Impact of Social Support on Psychological Distress in Cancer Patients. Tesis no publicada. Universidad de North Texas, Denton, Texas. 1999.
- Friedman,LC.-Baer,PE.-Nelson,DV.-Lane,M.-Smith,FE.-Dworkin,RJ.(1988): Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom Med* 1988; 50(5):529-40.
- Fulton,C.(1998): The prevalence and detection of psychiatric morbidity in patients with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer Care* 1998; 7(4): 232-9.
- Gallagher,J.-Parle,M.-Cairns,D.(2002): Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology* 2002 ; 7(3): 365-376.

- Ganz,PA.-Schag,AC.-Lee,JJ.-Polinsky,ML.-Tan,SJ.(1992): Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer* 1992; 69(7): 1729-38.
- Goldberg D.(1978): *Manual of the GHQ*. N.F.E.R.: Windsor..
- Goldberg,DP.-Gater,R.-Sartorius,N.-Ustun,TB.-Piccinelli,M.-Gureje,O.-Rutter,C.(1997): The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-197.
- Hall,A.-A'Hern,R.-Fallowfield,L.(1999): Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer* 1999 ; 35(1): 79-85.
- Harrison,J.-Maguire,P.(1994): Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 593-598.
- Harrison,J.-Maguire,P.(1994): Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 593-598.
- Hopwood,P.-Howell,A.-Maguire,P.(1991): Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br J Cancer* 1991; 64(2): 353-6.
- Hopwood,P.-Lee,A.-Shenton,A.-Baildam,A.-Brain,A.-Lalloo,F.-Evans,G.-Howell,A.(2000): Clinical follow-up after bilateral risk reducing ("prophylactic") mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 462-472.
- Hosaka,T.-Aoki,T.(1996): Depression among cancer patients. *Psychiatry Clinical Neuroscience* 1996; 50 (6): 309-312.
- Howes,MJ.-Hoke,L.-Winterbottom,M.-Delafield,D.(1994): Psychosocial effects of breast cancer on the patient's children. *Journal of Psychosocial Oncology* 1994; 12(4): 1-21.
- Hughson,AV.-Cooper,AF.-McArdle,CS.-Smith,DC.(1988): Validity of the General Health Questionnaire and its subscales in patients receiving chemotherapy for early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 1988; 32 (4-5): 393-402.
- Irvine,D.-Brown,B.-Crooks,D.-Roberts,J.-Browne,G.(1991): Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 1991; 67: 1097.
- Janni,W.-Rjosk,D.-Dimplf,TH.-Haertl,K.-Strobl,B.-Hepp,F.-Hanke,A.-Bergauer,F.-Sommer,H.(2001): Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol* 2001; 8(6):542-8.
- Jenkins,PL.-May,VE.-Hughes,LE.(1991): Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *Int J Psychiatry Med* 1991; 21(2): 149-55.
- King,MT.-Kenny,P.-Shiell,A.-Hall,J.-Boyages,J.(2000): Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res* 2000; 9(7):789-800.
- Kissane,DW.-Clarke,DM.-Ikin,J.-Bloch,S.-Smith,GC.-Vitetta,L.-McKenzie,DP.(1998): Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *The Medical journal of Australia* 1998; 169(4): 192-6.
- Kornblith,AB.-Hernon,JE.-Zuckerman,E.-Viscoli,CM.-Horwitz,RI.-Cooper,MR.-Harris,L.-Tkaczuk,KH.-Perry,MC.-Budman,D.-Norton,LC.-Holland,J.(2001): Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer* 2001; 91(2):443-54.
- Lee,C.(1988): Theories of Family Adaptability: toward a synthesis of Olson's Circumplex and the Beavers System Models. *Family Process* 1988; 27: 73-85.
- Lewis,FM.-Deal,LW.(1995): Balancing our lives: a study of the married couple's experience with breast cancer recurrence. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(6):943-53.

- Lewis,FM.-Hammond,MA.(1993): The family functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: the development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine* 1993; 16: 351-370.
- Longman,AJ.-Braden,CJ.-Mishel,MH.(1999): Side-effects burden, psychological adjustment, and life quality in women with breast cancer: pattern of association over time. *Oncol Nurs Forum*. 1999; 26(5): 909-15.
- MaguireGP.-Lee,EG.-Bevington,DJ. et al.(1978): Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *Br Med J* 1978; 279: 963.
- McDaniel,JS.-Musselman,DL.-Porter,MR.-Reed,DA.-Nemeroff,CB.(1995): Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (2): 89-99.
- Morasso,G.-Costantini,M.-Viterbori,P.-Bonci,F.-Del Mastro,L.-Musso,M.-Garrone,O.-Venturini M.(2001): Predicting mood disorders in breast cancer patients. *Eur J Cancer* 2001; 37(2): 216-23.
- Morera-Perez,B.-Cervera-Enguix S.(1990): Aspectos psicopatológicos relacionados con el cáncer de mama. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra* 1990; 34(1): 25-8.
- Morris,T.-Greer,HS.-White,P.(1977): Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer* 1977; 77: 2381.
- Moyer,A.(1997): Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology* 1997; 16(3): 284-298.
- Nissen,MJ.-Swenson,KK.-Ritz,LJ.-Farrell,JB.-Sladek,ML.-Lally,RM.(2001): Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer* 2001; 91(7):1238-46.
- Northouse,LL.-Templin,T.-Mood,D.-Oberst,M.(1998): Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psychooncology* 1998; 7(1):37-48.
- Olson,D.-Portner,J.-Lavee,Y.(1985): *FACES III, Family Social Science*, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota.
- Olson,DH.(1991): Commentary: Three dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process* 1991; 30: 74-79.
- Parker,SL.-Tong,T.-Bolden,F.-Wingo,PA.(1996): Cancer Statistics, 1996. *C A Cancer J Clin*. 1996; 46:5.
- Parle,M.-Gallagher,J.-Gray,C.-Akers,G.-Liebert,B.(2001): From the evidence to practice: factors affecting the specialist breast nurse's detection of psychological morbidity in women with breast cancer. *Psychooncology* 2001; 10: 503-510.
- Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group.(1987): Psychological response to mastectomy: a prospective comparison study. *Cancer* 1987; 59(1): 189-196.
- Renneker,R.-Cutler,M.(1952): Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. *JAMA* 1952; 148: 833-838.
- Reuter,K.-Harter,M.(2001): Screening for mental disorders in cancer patients: discriminant validity of HADS and GHQ-12 assessed by standardized clinical interview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2001; 10: 86-96.
- Rowland,JH.-Massie,MJ.(1996): Psychologic reactions to breast cancer diagnosis, treatment and survival. En Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, eds. *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Schover,LR.(1994): Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16: 177-182.

- Shimozuma,K.-Okamoto,T.-Katsumata,N.-Koike,M.-Tanaka,K.-Osumi,S.-Saito, M.-Shikama N, Watanabe T, Mitsumori M, Yamauchi C, Hisashige(2002): Systematic overview of quality of life studies for breast cancer. *Breast Cancer*. 2002; 9(3):196-202.
- Skerrett,K.(1998): Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems and Health* 1998; 16(3): 281-298.
- Spanier,GB.(1989): *Manual for the Dyadic Adjustjent Scale*. Ontario: Multi-Heath Systems, Inc..
- Vinokur,AD.-Threatt,BA.-Caplan,RD.-Zimmerman,BL.(1989): Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of a screening population. *Cancer* 1989; 63(2): 394-405.
- Vinokur,AD.-Threatt,BA.-Vinokur-Kaplan,D.-Sataiano,WA.(1990) The process of recovery from breast cancer for younger and older patients: changes during the first year. *Cancer* 1990; 65: 1242-1254.
- Ware,JE.-Snow,KK.-Kosisnski,K, et al.(1993): SF-36 *Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center..
- Weihs,K.-Enright,T.-Howe,G.-Simmens,SJ.(1999): Marital satisfaction and emotional adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 1999; 17(1): 33-49.
- Weisman,AD.(1979): A model for psychosocial phasing in cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 3: 187-195.
- Wellisch,DK.-DiMatteo,R.-Silverstein,R, et al.(1989): Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics* 1989; 30: 65.
- Wolberg,WH.-Romsaas,EP.-Tanner,MA.-Malec,JF.(1989): Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. *Cancer* 1989; 63(8): 1645-55.

Nota: Conferencia pronunciada en el Curso sobre *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*, en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Valencia, del 26 al 30 septiembre de 2005.