



**Universidad  
Europea MADRID**

**Estudio de variables psicológicas e intrafamiliares que interfieren en la salud de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama residentes en España**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

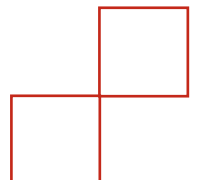
Autor/a Ana Álvarez Olmo

Tutor/a María Cantero García

15 de febrero de 2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
universidadeuropea.com

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



## **Resumen**

El cáncer de mama se sitúa el primero entre los cánceres más frecuentes y afecta al 16% de las mujeres a nivel mundial. Este acontecimiento amenaza diferentes áreas de la vida de las pacientes y su proceso supone un fuerte impacto físico y psicológico. Por ello, se ha realizado este estudio de 108 mujeres residentes en España diagnosticadas de cáncer de mama; cuyos objetivos han sido conocer la correlación existente entre las distintas variables seleccionadas; así como la interferencia de la resiliencia, la afectividad positiva y negativa, la satisfacción vital y la felicidad en la salud de las mujeres y la posible relación entre la presencia de una buena relación intrafamiliar y una buena salud en este grupo. Para la evaluación, se ha realizado una entrevista que recogía los datos sociodemográficos principales, además de diferentes escalas y cuestionarios. En la evaluación de la salud general se ha utilizado el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28); para la resiliencia, la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC); respecto a las relaciones intrafamiliares, la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I); para conocer la satisfacción vital, la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS); y, en relación con el estudio de los afectos y la felicidad la Escala de afectos Mroczek y Kolarz. En los resultados obtenidos del estudio se observa la correlación de muchas de las variables propuestas entre ellas, así como una mejora en la salud de las mujeres cuando presentan afectos positivos y resiliencia; y, aunque no hay relación positiva entre las relaciones intrafamiliares y la salud, sí interfieren de manera significativa la presencia de los afectos y la resiliencia en las relaciones.

**Palabras clave:** afectividad, cáncer de mama, felicidad, resiliencia, salud general, satisfacción vital.

### ***Abstract***

Breast cancer ranks first among the most common cancers and affects 16% of women worldwide. This event threatens different areas of patients' lives and its process has a strong physical and psychological impact. For this reason, this study was carried out on 108 women living in Spain diagnosed with breast cancer; its goals were to find out the correlation between the different variables selected, as well as the interference of resilience, positive and negative affectivity, life satisfaction and happiness in women's health and the possible relationship between having a good intrafamily relationship and good health in this group. For the evaluation, an interview was carried out to collect the main sociodemographic data, as well as different scales and questionnaires. For the assessment of general health, Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) was used; for resilience, Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC); for intrafamily relationships, Evaluation of Intrafamily Relationships Scale (E.R.I.); for life satisfaction, the Satisfaction with Life Scale (SWLS); and, in relation to the study of affect and happiness, the Mroczek and Kolarz Affect Scale. The results obtained from the study show the correlation between many of the variables proposed, as well as an improvement in women's health when they have positive affect and resilience. Although there is no positive relationship between intrafamily relationships and health, the presence of affect and resilience in relationships does have a significant impact.

***Keywords:*** Afectivity, breast cancer, happiness, resilience, general health, life satisfaction.



## Índice

<b>1. Introducción .....</b>	<b>5</b>
1.1. Objetivos e hipótesis .....	12
<b>2. Materiales y métodos .....</b>	<b>13</b>
2.1. Diseño .....	13
2.2. Muestra .....	13
2.3. Instrumentos y/o materiales .....	14
2.4. Procedimiento .....	16
2.5. Análisis estadístico .....	17
<b>3. Resultados.....</b>	<b>18</b>
<b>4. Discusión.....</b>	<b>28</b>
<b>5. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>34</b>
<b>6. Anexos.....</b>	<b>41</b>

## **1. Introducción**

### ***Cáncer y cáncer de mama***

El cáncer es, actualmente, una de las enfermedades más importantes debido a su elevada incidencia como por las consecuencias que conlleva (Alonso y Bastos, 2011) ocupando el segundo puesto entre las causas de muerte; llevándose la vida de más de 8 millones de personas en 2015, indicando que una de cada seis personas muere por cáncer (Ferlay et al. 2019). El hecho de padecer esta enfermedad supone la afectación a múltiples aspectos de la vida de las personas: a nivel laboral, social, imagen personal e incluso, hábitos (Guil, Zayas, Gil-Olarte, Guerrero, González y Mestre, 2016).

El cáncer de mama es una patología maligna que está afectando a un gran número de mujeres de los países occidentales (Von Humboldt, Carneiro y Leal, 2017) y el cáncer más común de las mujeres en España (SEOM, 2016). Según un estudio se define como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria (Brizzia, Cañete y López, 2008).

Este tipo de cáncer representa a nivel mundial un 16% de las neoplasias malignas en la mujer y cada día son reportados 1.38 millones de casos nuevos de manera aproximada (Azcarate, Valle, Villaseñor y Gómez, 2017). Entre los tipos de cáncer más frecuentes, el de mama ocupa el primer puesto, con 2,26 millones de casos; y, como causa de defunción, ocupa el quinto lugar, con 685.000 muertes (World Health Organization WHO, 2021). Las proyecciones para el 2030 indican que esta enfermedad se llegará a incrementar un 60%. Estas cifras lo colocan como el tumor más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino (Arroyo, Martín y Álvarez-Mon, 2017).

### ***Impacto del cáncer de mama en la salud***

La neoplasia mamaria es considerada una enfermedad crónica (Sumalla, Castejón, Ochoa y Blanco, 2013), así como un acontecimiento estresante que amenaza de manera significativa en

distintas áreas y puede presentar decadencia de las actividades diarias provocando estados emocionales negativos en las pacientes, por lo que es importante evaluar y conocer el impacto de la enfermedad y tratamiento sobre la percepción de bienestar de la paciente; dicha valoración debe ser integral e individualizada a cada mujer considerando el aspecto físico, social y psicológico (Hernández y Landero, 2014).

Las fases de diagnóstico, terapéutica y de supervivencia del cáncer de mama generan un impacto psicológico que afecta negativamente en la vida de la mujer, debido a la gran incertidumbre, ansiedad, miedo a la muerte, temor, soledad, depresión, dolor, sufrimiento durante el proceso, pérdida de control sobre la vida, pérdida de autoestima y de los recursos de afrontamiento (Pastuña-Doicela y Sanhueza-Alvarado, 2021).

Los estudios psicológicos sobre el impacto que supone la enfermedad en este grupo de pacientes durante años se han enfocado en el punto de vista patogénico; pero posteriormente, han sido numerosos los estudios encontrados sobre qué aspectos del cáncer influyen en el malestar emocional de estas mujeres (Zayas y Guil, 2018).

Los cambios que sufre la mujer con cáncer de mama producen asimismo la pérdida del equilibrio entre sus funciones físicas, emocionales y sociales (Gold et al., 2016; Pastuña-Doicela y Sanhueza-Alvarado, 2021). Además, el diagnóstico de esta enfermedad supone de gran impacto psicológico para las mujeres porque la mama es un órgano que representa una carga afectiva, debido a su relación íntima con la sexualidad, feminidad y maternidad; por lo tanto, enfrentar esta situación requiere recursos psicológicos para poder afrontarla de manera adecuada (García y Navarro, 2017). Otro aspecto destacable que se presencia en el proceso de la enfermedad es la carga tanto individual como familiar que provoca; esto suele ser una preocupación relevante entre ellas debido al desequilibrio, la reestructuración familiar y la necesidad de cuidados que requiere el cáncer de mama, así como el miedo asociado al futuro, la muerte y la pérdida de funcionalidad (Muñoz, Cogollo, Arteaga y Hernández, 2018).

### *Disciplinas psicológicas en el cáncer de mama*

A nivel psicológico, la Psicología de la Salud se ha dedicado al establecimiento de las posibles relaciones que pueden presentarse entre los factores psicosociales y las enfermedades físicas, especialmente las crónicas, como lo sería el cáncer (Grau, Llantá y Chacón, 2005). El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología como subespecialización de la psicología de la salud, estudiando la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (Sebastián y Alonso, 2003). Por lo tanto, se encarga de los aspectos psicológicos, sociológicos, éticos y del comportamiento de las personas con cáncer y de sus familiares (Jara y Valdés, 2016). Si la paciente con cáncer requiere de apoyo para su situación vital, la psicooncología ofrece diferentes estrategias e intervenciones para su malestar emocional y para la adaptación de su enfermedad (Antoni, Lechner, Kazi, Wimberly, Sifre, Urcuyo et al. 2006; Cameron, Booth, Schlatter, Zilinskas y Harman, 2007).

A raíz del estudio de las posibles variables que afectan al proceso de enfermedad, ha surgido el interés por abordar las variables positivas y preventivas en lugar de los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian (Simonton y Baumeister, 2005). Ante esto, surge la Psicología Positiva, la cual es definida como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y tiene como objetivo conseguir que las personas puedan valorar las experiencias vividas como satisfactorias, manteniendo la esperanza y el optimismo hacia el futuro, mientras en el presente aprecian la felicidad a la vez que se dejan fluir (Peterson, Park y Seligman, 2006).

La mayoría de los estudios psicooncológicos centrados en las mujeres con cáncer de mama han concluido que el ajuste psicológico es mucho más adecuado cuando encuentran sentido a la vivencia (Bellizzi y Blank, 2006; Scrignaró, Barni y Magrin, 2010) y, además, se encuentran menos

consecuencias emocionales negativas tras el tratamiento (Aspinwall y MacNamara 2005; Aydin, 2008; Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson y Andrykowski, 2009). Este afrontamiento de la enfermedad influye en la mejora de su cuidado durante y una vez acabados los tratamientos, suponiendo una vida más saludable y un compromiso más fuerte con su salud (Castilla y Vázquez, 2007); por consiguiente, en gran medida, el grado de adaptabilidad a la enfermedad se verá influenciado por la manera en la que afronten la situación y, según otros estudios, el apoyo emocional que puedan presentar (Bárez, Blasco, Fernández-Castro y Viladrich, 2009).

### ***Variables implicadas en el proceso del cáncer de mama***

En relación con las posibles variables que pueden beneficiar o afectar a estas pacientes, surge el estudio de términos como: la satisfacción vital, la felicidad subjetiva, los afectos positivos y negativos y la resiliencia, entre otras. La satisfacción vital es expresada como el bienestar psicológico que informa de la respuesta cognitiva sobre su propia vida o existencia, en comparación con sus aspiraciones y logros (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001); la felicidad subjetiva es definida como la evaluación o actitud que tiene cada persona sobre su satisfacción en la vida personal (Galindo, 2006); el afecto positivo y el afecto negativo fueron descritos como dos dimensiones unipolares independientes. Concibiendo así al afecto positivo como un constructo dimensional que incluye todos aquellos estados afectivos con valencia positiva como alegría, entusiasmo, etc., los cuales son independientes del constructo afecto negativo que también es concebido como dimensional e incluye los estados afectivos negativos tales como tristeza, ira, miedo, ansiedad, etc. (Bradburn, 1969) y la resiliencia es la habilidad o capacidad para mantener un equilibrio estable durante todo el proceso traumático (Bonanno, 2004).

Entre los diferentes factores protectores de la aparición de cuadros psicopatológicos derivados por padecer una enfermedad como el cáncer de mama, autores destacan la presencia de fuentes internas de resiliencia en las mujeres (Barreto y Soler, 2008). Se ha señalado que la resiliencia es un abordaje importante para la atención integral del cáncer en adultos, debido a la posibilidad de ayudar a los pacientes a enfrentar la adversidad del diagnóstico, además del



tratamiento, los síntomas y el estrés que puede relacionarse con esta enfermedad (Acinas, 2014). Se ha posicionado como uno de los factores protectores de la aparición de cuadros psicopatológicos derivados de enfermedades como el cáncer de mama (Guil et al., 2020). De este modo, para la intervención terapéutica es prioritario el desarrollo de actuaciones que puedan minimizar las consecuencias del impacto emocional y a su vez promuevan la autorregulación emocional desde la resiliencia (Swainston y Derakhshan, 2018).

En diversos estudios con pacientes oncológicos se encontraron resultados sobre el bienestar que presentan está relacionado de manera positiva con una reparación emocional adecuada (Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009). Para diferenciar el estado emocional que puede presentarse, es importante conocer que las emociones como tendencias de respuesta con gran valor adaptativo, con evidencia clara en manifestaciones fisiológicas, expresión facial, experiencia subjetiva, etc. Que son breves pero intensas en el tiempo y que surgen a partir de la evaluación de algún acontecimiento antecedente (Fredrickson, 2001). Se han estudiado los diferentes afectos positivos y negativos que puede presentar una persona para buscar la relación con un buen estado de salud, y, diferentes estudios han evidenciado que la afectividad positiva ha ejercido un papel preventivo de la enfermedad y sirve como factor protector de la salud (Sancho Cantús y Martínez Sabater, 2011). Por lo tanto, es planteada la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, reducir su intensidad e incluso duración y para alcanzar niveles altos de bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Un posible mecanismo que explica el efecto protector de la salud es el que plantea que las emociones positivas deshacen los efectos fisiológicos que provocan las emociones negativas (Fredrickson, 2003). La mayor parte de las investigaciones muestran como el afecto positivo en personas con enfermedades como el cáncer puede estar disminuido, sobre todo al comienzo de la enfermedad, pero nunca está ausente (Pressman y Cohen, 2005). Además, el afecto positivo no solo contribuye para la disminución del riesgo de enfermedad, sino que puede facilitar la recuperación; datos confirman que las personas con un alto afecto positivo alcanzan hasta tres veces más

posibilidades de recuperación un año después de los problemas de salud que presente (Ostir, Goodwin, Markides, Ottenbacher, Balfour y Guralnik, 2002).

La afectividad negativa lleva al pensamiento pesimista y este pensamiento a un estado afectivo más negativo aún, en una espiral de influencia recíproca que puede terminar conduciendo a una depresión clínica (Peterson y Seligman, 1984). Para algunos autores, la presencia de emociones negativas se asocia a aquellos estresores físicos, sociales, laborales y mentales a los que se enfrentan las pacientes en la situación del cáncer (Da Silva y Dos Santos, 2010) y, además, pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo enfermo, favoreciendo así una crisis o agravando la enfermedad en sí; además de incidir sobre los hábitos saludables y distorsionar la conducta de la persona que presenta la enfermedad (Pallarés, 2010). En cambio, la afectividad positiva, favorecida por la experiencia de emociones positivas, lleva a un pensamiento abierto, creativo, integrador y flexible que facilita un afrontamiento de la adversidad más eficaz y que a su vez incrementa los niveles de bienestar futuros (Fredrickson, 2001), favorecen la supervivencia del individuo, mejorando la recuperación quirúrgica y su curación, es decir, actúan ayudando a los tratamientos farmacológicos (Pallarés, 2010).

En la adaptación al cáncer, también se ha mostrado evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social, lo cual beneficia a estas mujeres a una mejor adaptación psicológica y una mejor calidad de vida (Kornblith et al., 2001).

Dada la incidencia y la afectación al individuo, la repercusión de los tratamientos y sus secuelas, que están vinculados a la carga afectivo-emocional y a la connotación en las diversas áreas de la vida, el cáncer produce un fuerte impacto a nivel familiar, por formar parte clave en la dinámica relacionar de su ser querido, si se tiene en cuenta que la familia acompaña la enfermedad del paciente y enfrentan juntos momentos sumamente difíciles. Por tanto, la aparición de esta dolencia afecta no solo a la persona que lo padece, sino a toda su unidad familiar (Reina, Ramos, Cisnero, Reina, Alcelú y González, 2018).

Familia es un sistema de estructura variable en el que sus integrantes crecen, interactúan y se van desarrollando a lo largo de su vida; sometidos a factores externos que van afectando de manera positiva o negativa en su composición e interacciones; por lo tanto, la funcionalidad familiar es el desarrollo de la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y de las posibles crisis a atravesar. En los estudios sobre la familia se ha cobrado gran importancia conocer su funcionamiento al haberse demostrado la influencia que tienen sobre la salud de sus componentes (Garza-Elizondo y Gutiérrez-Herrera, 2015).

### *1.1. Objetivos e hipótesis*

La información expuesta previamente determina los siguientes objetivos:

1. Conocer si existe algún tipo de relación entre todas las variables planteadas.
2. Conocer si las variables resiliencia, afectividad positiva y negativa, la satisfacción vital y felicidad se dan e interfieren en el estado de salud de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
3. Saber cómo interfiere la presencia de buenas relaciones familiares en la salud general de estas pacientes.

A partir de estos objetivos, las hipótesis serían las siguientes:

1. Existe interacción entre las diferentes variables estudiadas.
2. La resiliencia, la afectividad positiva, la satisfacción vital y la felicidad interfieren en el estado de salud de manera positiva, mejorándola, y la afectividad negativa, interfiere incrementando el estado de enfermedad o disminuyendo el de buena salud.
3. Existe mejor salud ante la presencia de buenas relaciones intrafamiliares.

## **2. Materiales y métodos**

### **2.1. Diseño**

Esta investigación muestra un carácter descriptivo, correlacional y cuantitativo. En él se estudian las variables salud general, resiliencia, afectividad positiva y negativa, felicidad, satisfacción vital y relaciones intrafamiliares en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, mediante encuestas con muestra probabilística.

### **2.2. Muestra**

El estudio consta de 108 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Estas participantes pertenecen a diversas asociaciones de cáncer de España. El rango de edad de las mujeres fluctúa entre 31 y 75 años, es decir, presentan una edad promedio de 52 años. En este grupo, los meses de diagnóstico de la enfermedad oscilan entre 4 y 367, siendo la media de 77 meses. En cuanto al número de hijos, con un mínimo de 0 y un máximo de 3, nos encontramos que el 33% de mujeres no tiene, el 19,8% tienen un hijo, el 37,7% tienen dos y finalmente, el 9,5% tienen 3 o más.

En relación con el cáncer, las variables tenidas en cuenta para el estudio fueron los meses de diagnóstico, si hubo o no vaciamiento axilar y el estadio de la enfermedad. Los meses de diagnóstico de la enfermedad oscilan entre 4 y 367, siendo la media de 77 meses. Por otro lado, en este grupo de mujeres, el 55,5% se ha tenido que realizar vaciamiento axilar (extirpación de los ganglios linfáticos de los dos primeros niveles) y el 44,5% no. En relación con el estadio del cáncer, el 2,8% del grupo se encuentra en estadio 0; el 22,3% en el 1; el 43,5% en el 2 y finalmente, el 29,6% y el 1,9% en el 3 y 4, respectivamente.

Entre los demás datos sociodemográficos recogidos que pudieran ser relevantes para el estudio también contamos con la información de las variables estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios y ocupación. Respecto al estado civil de las mujeres, el 30,6% está soltera; el 46,3% casada o conviviendo; el 9,3% divorciada y el 0,9% viuda. De este grupo, el 72,2% reside en Andalucía; el 25,9% en Navarra y en 0,9% tanto en Extremadura como en el País Vasco.

En referencia a los niveles de estudio, el 64,6% ha recibido estudios universitarios; mientras que, el 2,8% no tiene estudios, el 5,6% ha estudiado primaria, el 9,3% secundaria, bachillerato el 6,5%, formación profesional el 9,3% también y, otro tipo de estudios o enseñanzas corresponden con el 1,9%. Finalmente, respecto a la ocupación tanto en el hogar como fuera, nos hemos encontrado con los siguientes resultados: el 6,5% trabaja dentro del hogar, cuando el resto se encuentra fuera del hogar o sin trabajo; estando el 65,9% en activo, el 11,1% en paro, el 7,4% jubilada y el 9,2% con baja médica.

Los criterios de inclusión a la investigación fueron que las mujeres estuvieran diagnosticadas de cáncer de mama, que fuesen residentes en España y que se comprometieran voluntariamente a la evaluación para el estudio.

### ***2.3. Material***

Para la evaluación de las citadas variables se han utilizado los siguientes cuestionarios:

- *La Escala de Resiliencia de Connor y Davidson*, CD-RISC (Connor y Davidson, 2003). Presenta una adaptación española por Notario-Pacheco et al. En 2011. Es una escala autoaplicada que trata de poder identificar conductas resilientes de manera temprana, valorada en adultos. El cuestionario de Connor y Davidson evalúa 5 factores: autoeficacia, control bajo presión, adaptabilidad y redes de apoyo, control y propósito y espiritualidad. Consta de 25 ítems de escala tipo Likert de 0 a 4, donde el sujeto tiene que evaluar cómo se ha sentido el último mes. El rango de puntuación es de 0 a 100, correspondiendo puntuaciones bajas con baja resiliencia y puntuaciones altas con alta resiliencia. La fiabilidad test-retest de CD-RISC es de .89.
- *El Cuestionario de Salud General de Goldberg*, GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979). Este cuestionario presenta cuatro versiones distintas: GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12. Presenta una adaptación española por Lobo et al. En 1985. Es un cuestionario autoadministrado que evalúa el estado de salud general cuyo objetivo principal no es realizar un diagnóstico, pero sí la detección de trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos.

Es necesario concretar que la puntuación obtenida en el cuestionario indica el grado de enfermedad o de baja salud que presenta el usuario que lo realiza. La versión original presenta 60 ítems, pero la versión que se ha utilizado tiene 28. El GHQ-28 contiene cuatro subescalas de 7 ítems cada una. Esas cuatro subescalas miden: síntomas somáticos (subescala A), ansiedad e insomnio (subescala B), disfunción social (subescala C) y depresión grave (subescala D). El tiempo de administración de la prueba es de 5-10 minutos. Presenta tres métodos de corrección; hemos utilizado el método de puntuación leer, es decir, se asignan valores de 0, 1, 2, 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d) y se suman. El punto de corte se encuentra en 5/6. La fiabilidad test-retest de GHQ-28 es .90 y de las otras versiones .50-.90. La sensibilidad del conjunto oscila entre el 44% y el 100% y la especificidad entre el 74% y el 93%.

- *Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)* Versión breve (Rivera-Heredia y Padilla-Barraza, 2006). Esta escala se forma a partir de la Family Environment Scale (FES) de Moos (1981); FACES II (Olson, et al., 1983); Family Assessment Device (FAD) de Epstein y colaboradores (1983); Family of Origin Scale (FOS) de Hovestadt y colaboradores (1985); la escala de Funcionamiento familiar de Bloom (1985); y la Escala de Funcionamiento Familiar (EFF) de Atri y Zetune (1987). Esta escala autoaplicada mide las relaciones intrafamiliares definidas como las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Se compone por tres dimensiones: la primera dimensión, unión y apoyo, hace referencia a la pertenencia al sistema familiar, es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente; la segunda dimensión, expresión, se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto; y, finalmente, dificultades sería la tercera dimensión, ésta evalúa los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Consta de 12 ítems con 5 opciones de respuesta, desde

“totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. La fiabilidad de esta escala es de .83 para unión y apoyo; .88 para expresión y .87 para dificultades.

- *La Escala de Afectos Positivos y Negativos de Mroczek y Kolarz* (Mroczek y Kolarz, 1998). Es una escala autoaplicada que tiene como objetivo medir el bienestar personal de las pacientes en su componente afectivo; para ello, cuenta con dos subescalas: 6 ítems que miden la afectividad positiva y 6 ítems que miden la afectividad negativa. La escala es tipo Likert (1-5) siendo 1 nunca y 5 todo el tiempo. En cuanto a las puntuaciones de la escala cuenta con un resultado mínimo de 6 puntos y un máximo de 30 por cada subescala. La fiabilidad que presenta la afectividad positiva es de .87 la afectividad negativa de .91.
- *Escala de Satisfacción con la vida* (SWLS) (Diener et al., 1985). Esta escala tipo Likert consta de 5 ítems en positivo y 7 opciones de respuesta que oscilan desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. Esta escala mide la satisfacción que tiene con su vida una persona, cuanta más alta sea la puntuación, más satisfacción siente. La fiabilidad presente en esta escala es de .88.

#### **2.4. Procedimiento**

En primer lugar, se expuso al comité de ética la investigación que se iba a llevar a cabo para su correspondiente aprobación. Posteriormente, se procedió a la recogida de la muestra, realizada vía online, mediante un correo electrónico donde se explicaba a las diferentes asociaciones de cáncer y cáncer de mama de todas las comunidades autónomas de España el propósito del estudio, los criterios de inclusión y el formulario de Google Forms en un enlace; de esta forma, se solicitaba su participación y divulgación del formulario a aquellas personas que se ajustaran al perfil de la muestra requerida.

La introducción del formulario incluye una explicación de la investigación y la información relevante al consentimiento informado; de forma que indica una opción para expresar su conformidad en la participación asegurando que era voluntaria y confidencial. A su vez, se



proporcionó un correo electrónico de contacto para resolver dudas y conocer más información (Anexo 1).

El cuestionario tiene una duración de realización de 15 min aproximadamente y en él se recogían tanto datos sociodemográficos (lugar de residencia, edad, estado civil, nº de hijos, nivel de estudios, ocupación) y clínicos (fecha de diagnóstico del cáncer de mama, estadio del cáncer y si han presentado o no vaciamiento axilar) como las variables objeto de estudio en diferentes cuestionarios recogidos en el apartado de instrumentos (Anexo 2).

### ***2.5. Análisis estadístico***

Toda la información recogida se introducirá en una base de datos diseñada en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23. Los resultados obtenidos en esta investigación se mostrarán en tablas y gráficas para así alcanzar una mejor comprensión.

Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra, para conocer los resultados del tamaño, medias, mínimo y máximo y desviación típica, así como la frecuencia y porcentaje de los datos sociodemográficos de la población seleccionada. Para conocer la relación entre las variables planteadas y, a su vez, la intensidad de la relación si se presenta de manera cuantificada se realizarán análisis correlacionales. Finalmente, con el fin de conocer de forma explícita la funcionalidad que relaciona dichas variables y, asimismo, conocer las interrelaciones entre éstas, se llevará a cabo un análisis de regresión.

### 3. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados para determinar los objetivos planteados.

En la tabla 1 se recogen los estadísticos descriptivos de las variables medidas en los cuestionarios mencionados previamente: Salud General, Afecto Positivo, Afecto Negativo, Felicidad, Satisfacción Vital y Relaciones Intrafamiliares.

**Tabla 1**

*Estadísticos descriptivos*

<b>Variable</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>
Salud General	3	93	28,88	16,201
Afecto Positivo	6	30	17,79	5,138
Afecto Negativo	0	29	11,45	6,482
Felicidad	1	7	3,69	1,296
Satisfacción Vital	5	30	18,35	5,606
Relaciones Intrafamiliares	16	51	38,10	6,415

*Nota:* Desviación Típica (DT)

Uno de los objetivos de la investigación es conocer si existe relación que hay las variables medidas en un grupo de mujeres con cáncer de mama. Para ello, se ha realizado una Correlación de Pearson; su función es conocer si existe una relación lineal entre dos variables y que esta relación sea estadísticamente significativa, no al azar.

Esta correlación es un índice que mide el grado de covariación que existe entre distintas variables cuantitativas relacionadas linealmente. A partir de dos variables, X e Y, se define el coeficiente de Correlación de Pearson, cuyo coeficiente oscila entre -1 y 1; mientras mayor sea el valor absoluto del coeficiente, más fuerte será la relación entre las variables. Por lo tanto, es necesario

indicar que la magnitud de la relación viene indicada por el valor numérico del coeficiente, reflejando el signo la dirección de ese valor; si la relaciones positiva ambas variables tienden a aumentar o disminuir a la vez y si la relación es negativa, a medida que una variable aumenta, la otra variable disminuye.

**Tabla 2**

*Correlación de Pearson*

		<b>R</b>	<b>SG</b>	<b>AP</b>	<b>AN</b>	<b>F</b>	<b>SV</b>	<b>RI</b>
<b>Resiliencia R</b>	Correlación de Pearson	1	-,395**	,562**	-,523**	-,046	,138	,327**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,642	,159	,001
	N	106	105	106	104	103	106	101
<b>Salud General SG</b>	Correlación de Pearson	-,395**	1	-,457**	,596**	,027	-,192	-,173
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,786	,050	,086
	N	105	105	105	103	102	105	100
<b>Afecto Positivo AP</b>	Correlación de Pearson	,562**	-,457**	1	-,358**	,349**	,389**	,304**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000	,002
	N	106	105	106	104	103	106	101
<b>Afecto Negativo AN</b>	Correlación de Pearson	-,523**	,596**	-,358**	1	,039	-,222*	-,248*
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,698	,024	,013
	N	104	103	104	104	101	104	99
<b>Felicidad F</b>	Correlación de Pearson	-,046	,027	,349**	,039	1	,464**	,144
	Sig. (bilateral)	,642	,786	,000	,698		,000	,152
	N	103	102	103	101	105	103	100
<b>Satisfacción Vital SV</b>	Correlación de Pearson	,138	-,192	,389**	-,222*	,464**	1	,091
	Sig. (bilateral)	,159	,050	,000	,024	,000		,367
	N	106	105	106	104	103	106	101
<b>Relaciones Intrafamiliares RI</b>	Correlación de Pearson	,327**	-,173	,304**	-,248*	,144	,091	1
	Sig. (bilateral)	,001	,086	,002	,013	,152	,367	
	N	101	100	101	99	100	101	102

En los resultados que se muestran a continuación, con un intervalo de error menor al 5% ( $p < 0,05$ ) que existe una relación estadísticamente significativa en las puntuaciones de resiliencia y salud general ( $p = 0,000$ ). Asimismo, estas variables muestran que  $r_{xy} = -0,395$  y si  $r_{xy} < 0$  la relación es inversa, por lo tanto, a mayor presencia de resiliencia en una mujer con cáncer de mama, menor será su grado de enfermedad, y, en definitiva, mejor será su salud. La resiliencia también presenta relaciones significativas con otras variables. Por ejemplo, con la afectividad positiva, con  $p = 0,000$  y  $r_{xy} = 0,562$ , indican tener una relación directa; de este modo, a mayor presencia de resiliencia, mayor es la de afectividad positiva. Con las relaciones intrafamiliares también se ha mostrado relación significativa  $p = 0,001$ , así como una relación directa  $r_{xy} = 0,327$ . La presencia de resiliencia en este grupo se relaciona de manera directa con una buena relación intrafamiliar. Sin embargo, en cuanto a la afectividad negativa, la resiliencia correlaciona significativamente ( $p = 0,000$ ) pero es una relación inversa ( $r_{xy} = -0,523$ ).

La salud general, además de con la resiliencia, correlaciona con las variables de afectos, tanto positivos como negativos. Podemos apreciar que, en el caso de la afectividad positiva, la correlación significativa ( $p = 0,000$ ) es a su vez, inversa ( $r_{xy} = -0,457$ ) por lo que se muestra que la presencia de afectividad positiva indica un menor grado de enfermedad. Por otro lado, en relación con la afectividad negativa ( $p = 0,000$ ), la relación es directa ( $r_{xy} = 0,596$ ), siendo la presencia de afectos negativos indicador de mayor estado de enfermedad o menor grado de buena salud.

Una de las variables que relaciona significativamente con más variables es la afectividad positiva. En los resultados se indica que, no solo hay relación con resiliencia y salud general, sino que también se relaciona con las variables afectividad negativa, felicidad, satisfacción vital y relaciones intrafamiliares. Se encuentra una relación lineal estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ) en las puntuaciones de afectividad positiva y negativa, con  $r_{xy} = -0,358$ , lo que vuelve a confirmar una relación inversa entre variables. En el caso de la relación con felicidad ( $p = 0,000$  y  $r_{xy} = 0,349$ ), satisfacción vital ( $p = 0,000$  y  $r_{xy} = 0,389$ ) y relaciones intrafamiliares ( $p = 0,002$  y  $r_{xy} = 0,304$ ) las

relaciones son directas; es decir, a mayor presencia de afectividad positiva, mayor nivel de felicidad, satisfacción con la vida y de buenas relaciones intrafamiliares.

En el caso de la afectividad positiva, también cabe destacar diferentes relaciones entre variables. Además de los resultados previamente indicados, también se muestran relaciones inversas con satisfacción vital ( $p=0,024$  y  $r_{xy}=-0,222$ ) y relaciones intrafamiliares ( $p=0,013$  y  $r_{xy}=-0,248$ ).

Finalmente, se ha mostrado relaciones significativas entre la variable felicidad y la satisfacción vital, siendo esta con  $p=0,000$  y  $r_{xy}=0,464$ ; por lo tanto, esta relación también es directa (Tabla 2).

Para determinar la dependencia entre las variables y cumplir con los otros objetivos propuestos, donde buscamos conocer cómo afectan las variables resiliencia, afectividad positiva y negativa, felicidad y satisfacción vital en la salud general y, por otro lado, dado que no se ha encontrado relación entre las relaciones intrafamiliares y la salud general, pero sí se ha mostrado interacción con afectividad positiva, negativa y resiliencia, se va a llevar a cabo la construcción de un Modelo de Regresión Lineal que predice y explica la variable dependiente o criterio (Y) a partir de valores observables en las variables independientes o predictoras (X). En estos casos, hablamos de una regresión lineal múltiple ya que vamos a utilizar más de dos variables. En definitiva, se mostrará cómo de significativo es el efecto de una variable sobre otra mediante la elaboración de una ecuación lineal con fines predictivos.

En este análisis nuestra variable dependiente o criterio (Y) sería salud general y las variables independientes o predictoras (X) serían afecto positivo, afecto negativo y resiliencia, ya que las demás no han mostrado relación significativa con la salud. Por otro lado, para el objetivo de conocer cómo inciden las variables con las relaciones intrafamiliares, vamos a realizar otra regresión lineal múltiple de la variable dependiente (Y) relaciones intrafamiliares y las variables independientes (X) afectividad positiva y negativa, por ser las únicas que han mostrado relación.

**Tabla 3**

*Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variable dependiente salud general y de las independientes resiliencia, afectividad positiva y negativa*

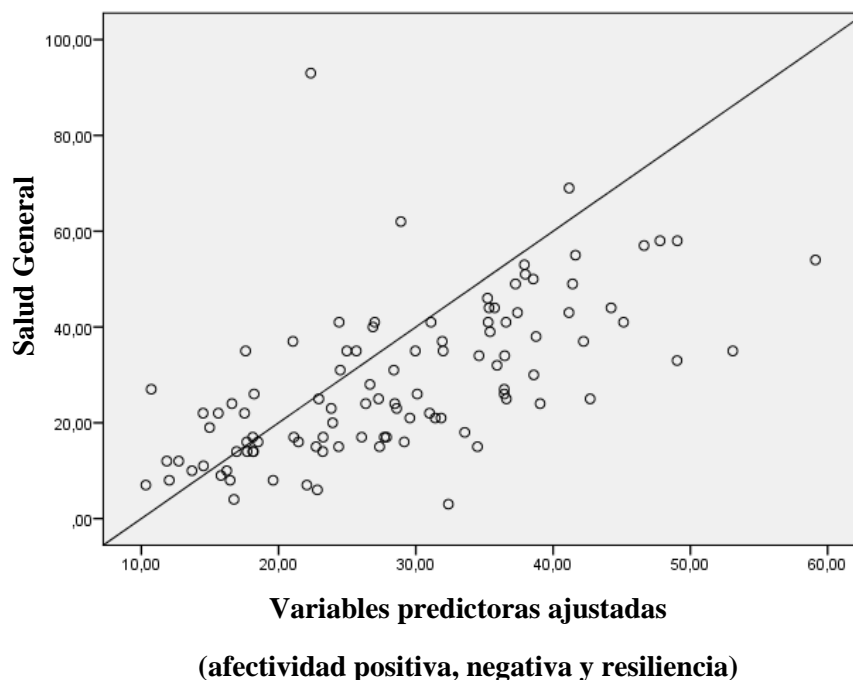
<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>R cuadrado</b>	<b>R cuadrado corregida</b>	<b>Error estándar de la estimación</b>
1	,648 <sup>a</sup>	,420	,403	12,43580

a. Predictores: (Constante), resiliencia, afecto negativo, afecto positivo

En este modelo de regresión lineal se muestra que las variables independientes explican un 40% de la varianza de la variable dependiente ya que  $R^2$  corregida = 0,403, es decir, indica la proporción en la que la variable Y predice la variable dependiente X; R cuadrado establece cómo se ajusta el modelo a la variable que queremos explicar. (Tabla 3) (Figura 1).

**Figura 1**

*Diagrama de dispersión de la regresión lineal de las variables Salud General (Y) y afectividad positiva, afectividad negativa y resiliencia (X)*



**Tabla 4**

*Resumen de ANOVA*

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	11100,849	3	3700,283	23,927	,000
	Residuo	15310,258	99	154,649		
	Total	26411,107	102			

Mediante el análisis de varianza ANOVA para evaluar las medias obtuvimos que con un valor  $F= 23,927$  y un valor de significancia de  $p<0,05(p=0,000)$  se puede decir que la variabilidad de las medias propuestas es distinta por lo que si existe relación lineal significativa para esta muestra (Tabla 4).

De acuerdo con este modelo, partimos de una ecuación para una compresión más sencilla. Con la ecuación que aparece a continuación estamos admitiendo que todos los factores que influyen a Y (variable dependiente o criterio) pueden ser causa de X (las variables independientes o predictoras) o de factores no controlados o error aleatorio ( $\epsilon$ ), el cual recoge todo lo que las variables independientes no son capaces de explicar. Además de estos factores, la ecuación incluye una constante ( $B_0$ ).

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + \epsilon$$

La tabla de regresión que incluye los coeficientes contiene los datos suficientes para la formulación de la ecuación. (Tabla 5)

**Tabla 5**

*Coefficientes de regresión*

		<b>Coefficientes</b>				
		<b>Coefficientes no estandarizados</b>		<b>Coefficientes estandarizados</b>		
<b>Modelo</b>		<b>B</b>	<b>Error típ.</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
1	(Constante)	26,974	6,977		3,866	,000
	afecto positivo	-,927	,291	-,297	-3,190	,002
	afecto negativo	1,299	,223	,523	5,815	,000
	resiliencia	,104	,157	,067	,663	,509

Los coeficientes no estandarizados que se muestran en la tabla recogen los datos correspondientes a la constante B0 y los coeficientes B1 (afecto positivo), B2 (afecto negativo) y B3 (resiliencia) que forman parte de la ecuación. Es importante que señalemos que estos coeficientes no son independientes entre sí, ya que el valor estimado para cada coeficiente se ajusta a partir de la presencia de las demás variables independientes. Por lo tanto:

$$Y = 26,974 - 0,927 \text{ afecto positivo} + 1,299 \text{ afecto negativo} + 0,104 \text{ resiliencia}$$

Los coeficientes *Beta* indican la cantidad de cambio que se producirá en la variable dependiente o criterio (Y) por cada cambio de una unidad en la correspondiente variable independiente. Podemos conocer el peso o importancia que tiene cada variable predictora (X) sobre la variable criterio (Y) en la ecuación de regresión a partir del valor absoluto en su coeficiente estandarizado; por lo tanto, al observar esos coeficientes *Beta* podemos apreciar que la más importante sería la variable afecto negativo, después el afecto positivo y finalmente, la resiliencia. (Tabla 5) (Gráfica 1).

En relación con el objetivo que analiza la relación entre las variables intrafamiliares (Y) y la resiliencia, la afectividad positiva y la negativa (X), nos encontramos con un modelo de



regresión lineal múltiple que indica las variables independientes explican el 11% de la variabilidad de la variable dependiente (Tabla 6) (Gráfica 2).

**Tabla 6**

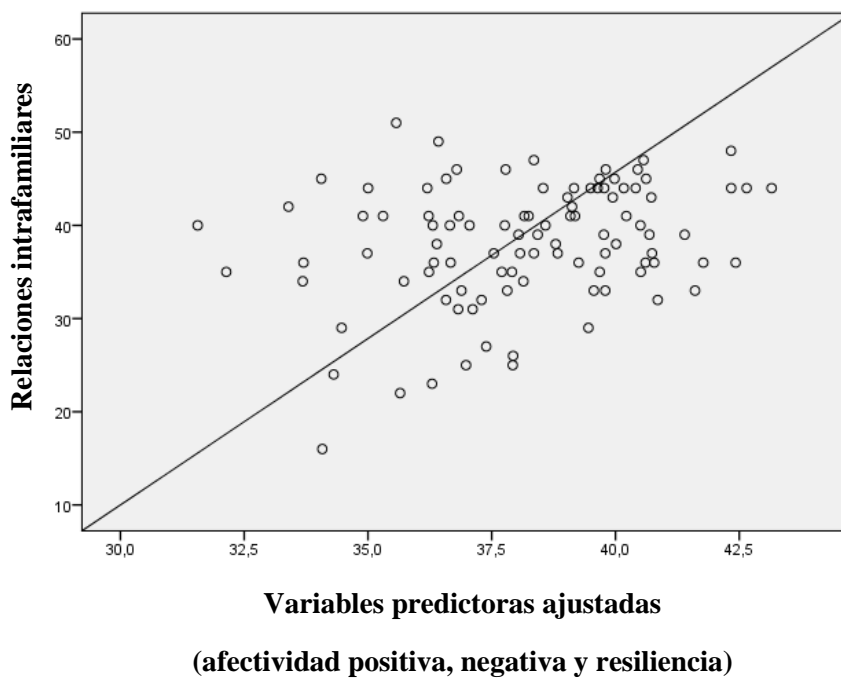
*Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple*

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>R cuadrado</b>	<b>R cuadrado corregida</b>	<b>Error estándar de la estimación</b>
1	,372 <sup>a</sup>	,139	,111	6,098

a. Predictores: (Constante), afecto negativo, afecto positivo, resiliencia

**Gráfica 2**

*Diagrama de dispersión de la regresión lineal de las variables Relaciones Intrafamiliares (Y) y afectividad positiva, afectividad negativa y resiliencia (X)*



**Tabla 7**

*Resumen ANOVA*

<b>ANOVA</b>						
<b>Modelo</b>		<b>Suma de cuadrados</b>	<b>de gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
1	Regresión	568,512	3	189,504	5,096	,003 <sup>b</sup>
	Residuo	3532,902	95	37,188		
	Total	4101,414	98			

En este análisis, con  $F= 5,096$  y un valor de significancia de  $p<0,05(p=0,003)$ , existe relación lineal significativa para esta muestra. (Tabla 7).

**Tabla 8**

*Coefficientes de regresión*

<b>Coefficientes</b>							
<b>Modelo</b>		<b>Coefficientes estandarizados</b>	<b>Error típ.</b>	<b>no Coeficientes estandarizados</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
1	(Constante)	31,330	3,526			8,886	,000
	Afecto positivo	,211	,143		,167	1,471	,145
	Afecto negativo	-,094	,110		-,094	-,852	,396
	Resiliencia	,125	,079		,195	1,575	,119

Como se explica previamente, los coeficientes no estandarizados que se muestran en la tabla recogen los datos correspondientes a la constante B0 y los coeficientes B1 (afecto positivo), B2 (afecto negativo) y B3 (resiliencia); por lo tanto:

$$Y = 31,330 + 0,221 \text{ afecto positivo} - 0,094 \text{ afecto negativo} + 0,125 \text{ resiliencia}$$

Con esta información, finalmente se puede concluir que, en relación con la dependencia a la variable de relaciones intrafamiliares, la variable afectividad positiva es la más importante, seguida de la resiliencia y finalmente, la afectividad negativa (Tabla 8).

#### **4. Discusión**

A raíz de los resultados obtenidos y de la información recogida de estudios previos, se da paso a la discusión de los objetivos e hipótesis planteados en el estudio. Los objetivos de esta investigación se centran en conocer si había relación entre las distintas variables medidas (salud general, resiliencia, afectividad positiva y negativa, satisfacción vital, felicidad y relaciones intrafamiliares); así como conocer si las variables resiliencia, afectividad positiva y negativa, satisfacción vital y felicidad se daban e interferían en el estado de salud del grupo; y por otro lado, saber si la presencia de buenas relaciones familiares se relacionan con un buen estado de salud.

En relación con la primera hipótesis propuesta, donde se esperaba que sí hubiera relación entre las variables medidas, se obtienen en los resultados que las variables afectividad positiva, la afectividad negativa, relaciones intrafamiliares y la salud general, presentan relación con la resiliencia; asimismo, nos encontramos con que la salud general también correlaciona con la afectividad positiva y negativa; siendo además estas variables unas de las que más correlación han mostrado. En el caso de la afectividad positiva, además de con la salud general y la resiliencia, también presenta relación con la afectividad negativa, la felicidad, la satisfacción vital y las relaciones familiares; del mismo modo, la afectividad negativa, excepto con la felicidad, ha mostrado relación con las mismas variables. En el caso de las variables restantes, felicidad, satisfacción vital y relaciones intrafamiliares, se ha mostrado que la felicidad se relaciona de forma positiva con la satisfacción vital. Estos resultados apoyan esta hipótesis y comprobamos que las variables propuestas han indicado diferentes relaciones, ya sean positivas o negativas, entre casi todas ellas.

De las diferentes relaciones indicadas, algunas eran más esperables que otras. Por ejemplo, el vínculo entre resiliencia y afectividad positiva: tras diversos estudios se conoce que las personas resilientes afrontan la vida de un modo más optimista, con entusiasmo y energía, caracterizadas además por los altos niveles de emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996). Esto nos ayuda a interpretar que existe una causalidad recíproca entre estas variables afectividad positiva y resiliencia.

La experiencia de las emociones positivas no es más que afrontar de modo resiliente situaciones desfavorables y también, esas personas hacen uso de emociones positivas como estrategia para afrontamiento (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

En el caso de la segunda hipótesis, donde se enunciaba la afectación de las variables resiliencia, afectividad positiva, felicidad y satisfacción vital en la mejora de la salud de la muestra y de la afectividad negativa en el empeoramiento de salud o aumento de enfermedad, los resultados concluyen que, la resiliencia, la afectividad positiva y la negativa, además de correlacionar entre ellas, inciden en el estado de salud de las mujeres con cáncer de mama que han participado de la forma planteada en la hipótesis; es decir, la resiliencia y la afectividad positiva, se relacionan con un mejor estado de salud y la afectividad negativa con peor estado de salud. Por otro lado, aunque se esperaba que la felicidad y la satisfacción vital mostraran mejoría en la salud del grupo, no ha habido ningún resultado concluyente al respecto. De este modo, parte de la segunda hipótesis se confirma; y, en el caso de las variables que no han mostrado relación con la salud, cabe destacar que, como se ha indicado en la hipótesis previa, sí muestran relación con la afectividad positiva y a su vez, ésta afecta a la salud de forma beneficiosa; por lo tanto, este resultado muestra consonancia con el estudio de Von Humboldt, Carneiro y Leal (2017) donde encontraron una fuerte correlación entre la afectividad positiva y la satisfacción vital en un grupo de mujeres con cáncer de mama.

En estos resultados, cabe destacar el papel de la afectividad positiva, con su papel protector de la salud y la mejora de las variables que afectan positivamente a ella y, por otro lado, de la disminución de aquellas que no le benefician; esto se refleja en diferentes investigaciones donde se confirman las emociones positivas como un fuerte protector de las enfermedades, siendo un gran aliado del estado de salud en general (Fierro, 2008; Seligman, 2002, 2008; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Cerezo, 2013). A pesar de que, según el momento de la enfermedad, se ha demostrado que la afectividad positiva puede presentarse incluso disminuida, se ha probado también que nunca está ausente (Pressman y Cohen, 2005). De hecho, no solo beneficia al proceso o riesgo de enfermedad, sino que además ayuda a su recuperación: las personas que presentan mayores

niveles de afectividad positiva presentan en problemas de salud casi tres veces más posibilidades de mejoría que alguien que no presente o presente bajos niveles (Ostir et al., 2002). Por otro lado, la afectividad negativa también ocupa un papel importante en relación con las variables de este estudio. Según investigaciones, ocupan un papel protagonista, sobre todo, al comienzo de la enfermedad y van disminuyendo según avanza el proceso (Pérez et al. 2009).

En relación con el cáncer de mama y con la superación de diferentes enfermedades, y aún más, en consonancia con la psicología positiva, la variable resiliencia destaca actualmente en diversas investigaciones; y una vez más, aquí se muestra la necesidad de seguir trabajando con la resiliencia ante las posibles respuestas psicológicas que acarrea el sufrimiento de este tipo de enfermedad. En diferentes estudios donde se trabaja con esta herramienta mediante la terapia a ayudar a mujeres con cáncer de mama, se han encontrado cambios positivos en la sintomatología de estrés postraumático, verificando la efectividad del uso del tratamiento en este ámbito (Knaevelsrud, Liedl y Maercker, 2010). Del mismo modo, se ha conocido también la importancia de la resiliencia durante el cáncer de mama donde las pacientes con altos niveles consiguen aprovechar dentro de la enfermedad los aspectos más positivos (Guil et al. 2016).

En cuanto a las variables menos destacadas en este estudio, como son la felicidad y la satisfacción vital, hay pocos estudios en relación con ellas; pero, a pesar de ello, se ha encontrado que un grupo de personas con cáncer de mama que contaban con capacidad de afrontamiento, de adaptación y alto control emocional de la tristeza, presentaban altos niveles de felicidad y satisfacción vital (Hermosilla y Sanhueza, 2015).

Respecto a la tercera hipótesis, los resultados no han sido significativos. Basándonos en la literatura científica acerca de la importancia del apoyo social y las relaciones familiares en la salud de pacientes oncológicos, se esperaba que la presencia de buenas relaciones familiares correlacionara de forma inversa con los resultados sobre la salud, lo que indicaría que afectan de manera positiva a esta, como en el estudio que se realizó por Robles y colaboradores en 2009 sobre el papel que ocupaba el apoyo social en mujeres con cáncer de mama donde se concluía que cuanto

más apoyo por más personas recibieran estas pacientes, mejor estado presentaban este grupo ante la enfermedad y menos riesgo de tener ansiedad o depresión (Robles et al., 2009); sin embargo, los resultados no se han ajustado a la hipótesis. De este modo, al intentar averiguar la relación entre las relaciones familiares y la salud, se comprobó que sí existía relación con los afectos y la resiliencia. Por lo tanto, se comprobó que la presencia de afectividad negativa correlacionaba con peores relaciones intrafamiliares; y, por el contrario, la resiliencia y la afectividad positiva, con buenas, siendo esta última variable la que indicaba una relación más fuerte. Estos resultados tienen sentido respecto a un estudio que concluye que las pacientes con cáncer de mama que se han encontrado con un fuerte apoyo social y familiar han mostrado una apreciación hacia su vida más positiva y un aumento del autocuidado (Schneider, Pizzinato y Calderón, 2015). Otro estudio de interés en relación con las relaciones intrafamiliares, indica que, una adecuada funcionalidad familiar sirve de protector en la salud de estas pacientes y ayuda al uso de estrategias de afrontamiento activo de la enfermedad (Acosta-Zapata, López-Ramón, Martínez-Cortés y Zapata-Vázquez, 2017).

Podría haber sido interesante conocer de forma más individual las opiniones de las pacientes respecto al impacto de la enfermedad en relación con sus relaciones familiares; porque, a pesar de no haber confirmado la hipótesis de la relación entre buenas relaciones con mejor estado de enfermedad, se podría haber encontrado una mayor apreciación de este tipo de vínculo tras finalizar el proceso. En un estudio cualitativo realizado con mujeres con cáncer de mama y su experiencia subjetiva de la enfermedad, se corrobora que, en su vida, uno de sus cambios más destacados tras la enfermedad fue la mayor intimidad con su familia y el mayor aprovechamiento de los momentos compartidos con ellos (Belber-Gómez, Valencia-Agudo y de la Viuda-Suárez, 2018).

Del mismo modo, sería relevante a raíz de este estudio tomar conciencia de la importancia de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama, debido a que, como se cita previamente, la afectividad negativa puede estar presente en el proceso de enfermedad y según un estudio de Clark y Watson (1991), la depresión está asociada a la presencia de esta variable en el proceso de enfermedad y la baja afectividad positiva, se relaciona con la ansiedad (Robles, Morales,

Jiménez y Morales, 2009). Otros datos indican que la presencia de ansiedad u hostilidad pueden incrementar los efectos negativos en la salud (Vázquez, Hernán y Hervás, 2004). Por ello, previas investigaciones defienden la necesidad de intervenir psicológicamente de manera preventiva mediante una selección de pacientes con riesgo de desarrollar problemas psicológicos y malestar subjetivo ante el afrontamiento del cáncer de mama haciendo uso de estrategias y destrezas que podrán utilizar las mujeres antes de que los problemas psicológicos aparezcan o se agraven (Bellver et al. 2009).

Entre las limitaciones que pueden observarse en el estudio destacaría el método de recopilación de la muestra seleccionada. El hecho de que el grupo de estudio se haya conseguido a raíz de asociaciones del cáncer puede afectar a los resultados respecto al estado anímico en relación con la enfermedad, dado que suelen tener atención psicológica, contar como grupo de apoyo con la asociación y entre las mismas pacientes. En otras investigaciones, se encuentran resultados más asociados al malestar porque la muestra proviene de personas que no son atendidas por asociaciones o que participan desde un hospital. Por otro lado, sería interesante tener en cuenta que el grupo cuente con un estado de enfermedad similar, o usar la comparativa de unas pacientes que están comenzando el tratamiento con otras que ya lo haya finalizado, debido a que se puede comprobar en otros estudios que las diferentes variables medidas en esta investigación destacan más o menos según el momento de enfermedad en el que se encuentren.

En conclusión, las variables seleccionadas para el estudio en relación con un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama han dado lugar a resultados significativos e importantes para tener en cuenta en el abordaje de futuras investigaciones. Es relevante considerar la importancia de las diferentes variables psicológicas y sociales en la vida y la salud de las personas que padecen enfermedades médicas y sobre todo la utilidad y beneficio que tienen su abordaje y trabajo con ayuda psicológica para el impacto, proceso, postratamiento e incluso, el entorno de los pacientes.



### *Valoración personal*

Realizar esta investigación me ha permitido profundizar en un tema que a lo largo de mi proceso académico me ha llamado siempre la atención; así como ahondar en conocimientos relacionados que desconocía o sabía poco al respecto. A través de la literatura científica y en el proceso de realización he podido aprender sobre más variables relacionadas además de las estudiadas aquí.

Finalmente, estar en contacto con las asociaciones para llevar a cabo el estudio ha sido muy gratificante; su total implicación con el grupo y su agradecimiento por tenerlas en cuenta para avanzar en estudios científicos sobre el tema ha resultado muy enriquecedor. Es por ello que, estoy muy agradecida y satisfecha con la temática escogida y con el aprendizaje que ha supuesto la realización del trabajo.

## 5. Referencias bibliográficas

- Abreu, L., Grau Abalo, J., y Massip Pérez, C. (2005). La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara, México: Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud*, 467-506.
- Acinas M. P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría biológica*, 21, 65-71.
- Acosta-Zapata, Estefany, López-Ramón, Concepción, Martínez-Cortés, María Evelin, y Zapata Vázquez, Rosario. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 16(2), 139- 148.
- Alonso Fernández, C. y Bastos Flores, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187–207
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Glück, S. y Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol.*;74(6):1143-52.
- Arroyo Yustos, M., Martín Angulo, M. y Álvarez-Mon Soto, M. (2017). Cáncer de mama. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*; 12(34): 2011-2023.
- Aspinwall, L., y MacNamara, A. (2005). Taking positive change seriously. *Cancer*, 104(11), 2549-2556.
- Aydin, E. (2008). Trauma and resilience in women diagnosed with breast cancer: A transactional analysis perspective. *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 323-334.
- Azcárate García E., Valle Matildes, U., Villaseñor Hidalgo, R. y Gómez Pérez, A. I. (2017). Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. *Revista Médica La Paz*, 23(2), 77-78.

- Bárez, M., Blasco, T., Fernández-Castro, J. y Viladrich C. (2007) A Structural Model of the Relationships Between Perceived Control and Adaptation to Illness in Women with Breast Cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*, 25:1, 21-43.
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2), 383 - 400.
- Belber-Gómez, M., Valencia-Agudo, F. y De la Viuda-Suárez, M. E. (2018). Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary*. 15 (1): 71 - 85.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47–56.
- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez-fidalgo, J. A. y Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139 - 154.
- Block, J. y Kremen, A.M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70,349-361.
- Bonanno, G.A. (2004) Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*,59(1). 20-28.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brizzia C., Cañete L. y López H. (2008). Encuentro virtual con las ciencias de la salud 2008. *Cáncer de mama*. Universidad Autónoma de Puebla.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D. y Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*;16(3):171-80.

- Castilla, C., y Vázquez, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 385 - 404.
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1): 131-140.
- Da Silva, G. y Dos Santos, M. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18(4), 688-695.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M. y Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: *GLOBOCAN sources and methods*. *International journal of cancer*, 144(8), 1941- 1953.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218- 226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330- 335.
- Galindo J. (2006). *Ética para adolescentes post modernos*. México: Editorialpublicaciones Cruz O. S.A; 72-73.
- García-Monzón, L. y Navarro-Machado, V. (2017) Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay* [revista en Internet]; 7(4).
- Garza-Elizondo T. y Gutiérrez-Herrera. R. F. (2015). Trabajo con Familias. Abordaje médico integral. 3ª ed. México: *El Manual Moderno*;1-29.
- Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S.M., Hamolsky, D., Levine, J. D., et al. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *Eur J Oncol Nurs*. 20:97-105.

- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., y Mestre, J. M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138.
- Guil, R., Ruiz-González, P., Merchán-Clavellino, A., Morales-Sánchez, L., Zayas, A. y Gómez-Molinero R. (2020). Breast Cancer and Resilience: The Controversial Role of Perceived Emotional Intelligence. *Front Psychol.* 15;11.
- Hermosilla, A. y Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y Enfermería XXI* (1): 11-21, 2015
- Hernández Moreno, F. P., y Landero Hernández, R. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de felicidad subjetiva (SHS) y su relación con el estrés, la salud percibida y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(2-3), 357-367.
- Jara, C. R., y Valdés, Y. G. (2016). Psicooncología Aportes a la Comprensión y la Terapéutica. *Universidad católica del Maule*. Ediciones Nueva Mirada.
- Knaevelsrud, C., Liedl, A. y Maercker, A. (2010). Posttraumatic Growth, Optimism and Openness as outcomes of a Cognitive-behavioural Intervention for Posttraumatic stress Reactions. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1030–1038.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C.M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R. Harris, L., Tkaczuk, K. H., Perry, M. C., Budman, D., Norton, L. C. y Holland, J. (2001): Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*; 91(2):443-54.
- Leturia F, Yanguas J, Arriola E, Uriarte A. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid: Editorial Cáritas Española; 353.
- Lyubomirsky S, King L, Diener E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness

- lead to success? *Psychological bulletin*, 131(6), 803-55.
- Muñoz Monterroza, D. I., Cogollo Jiménez, R., Arteaga Noriega, A. y Hernández Pérez, Sandra (2018). Incertidumbre frente a la enfermedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. *Investigaciones Andina*, 20(36),11-22.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C., y Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31(1), 81–92.
- Ostir G. V., Goodwin J. S., Markides K. S., Ottenbacher K. J., Balfour J. y Guralnik J.M. (2002). Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (4),713-8.
- Pallarés, M. (2010). Emociones y sentimientos. Barcelona: VITAE.
- Pastuña-Doicela, R., y Sanhuesa-Alvarado, O. (2021). Influencia de la autoeficacia en la incertidumbre y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 124-144.
- Pérez, A. B., Cánovas, J. S., Bertrán, A. S., Munárriz, B., Fidalgo, J. A. P., y Salcedo, J. M. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 6(1), 139- 154.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C., Park, N., y Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.
- Pressman S. D. y Cohen S. (2005) Does positive affect influence health? *Psychologicalbulletin*, 131, 925-71.

- Reina-Suárez, M., Ramos-Rangel, Y., Cisnero-Pimentel, L., Reina-Sarmiento, M., Alcelú-Sarduy, M., y González-Suárez, M. (2018). Caracterización de pacientes con cáncer de mama y sus familiares acompañantes. *Medisur [revista en Internet]*;16(1).
- Robles, R., Morales, M., Jimenez, L. M. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*. 6(1), 191-201.
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(1), 30-41.
- Sancho Cantús, D., y Martínez Sabater, A. (2011). Afectividad positiva y salud. *Enfermería Global*, 10(24).
- Schneider H., J., Pizzinato, A., y Calderón U., M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*. Vol. 33 (2)
- Scrignaro, M., Barni, S. y Magrin, M. E. (2011) The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psychooncology*;20(8):823-31.
- Sebastián, J. y Alonso, C. (2003). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. En V. Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P. Pérez, Y. Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria*; 793- 803.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Simonton, D.K. y Baumeister, R. (2005). Positive Psychology at the summit. *Review of General Psychology*, 9 (2), 99-102.

Swainston, J., y Derakshan, N. (2018). Training cognitive control to reduce emotional vulnerability in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1780–1786.

Vázquez, C., Hernan-Gómez, L. y Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida. Madrid: *Panamericana*; 752-61.

Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

Von Humboldt, S., Carneiro, F. y Leal, I. (2017). Más allá de cáncer de mama en la edad avanzada: bienestar subjetivo en mujeres mayores con cáncer de mama en remisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI (2), 167-174.

World Health Organization (WHO) (2021). Cancer (Internet). [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer)

Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P., y Jiménez Orozco, E. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(1), 127–136.



## **6. Anexos**

### **Anexo 1**

*Información y consentimiento informado proporcionado en el formulario de Google Forms*

Esta encuesta forma parte del Trabajo de Fin de Máster de Ana Álvarez Olmo, estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid (UEM) en colaboración con la Universidad de Málaga (UMA). El objetivo es estudiar y analizar, en mujeres residentes en España diagnosticadas de cáncer de mama, diferentes variables que pueden afectar al proceso de enfermedad.

Mediante este documento se le está invitando a participar en la investigación. Usted es libre de preguntar sobre los aspectos o dudas o propósito de este proceso de investigación al siguiente correo: 22060213@live.uem.es

Aclaraciones:

1. Su participación en el estudio es voluntaria. Si decide no participar, no habrá ninguna consecuencia desfavorable.
2. Los resultados de este estudio serán utilizados con fines académicos y podrán ser publicados a través de medios de divulgación de interés científico, guardando la confidencialidad total de sus participantes. Sus datos en ningún caso serán publicados individualmente.
3. Por la participación en esta investigación usted no recibirá ninguna remuneración de tipo económico.

Una vez considere que sus dudas han sido aclaradas y que no tiene ninguna pregunta sobre su participación en la investigación, usted puede, si así lo decide, indicar SÍ en el siguiente apartado.

## **Anexo 2**

*Enlace de acceso al formulario realizado para la recogida de datos mediante Google Forms*

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf81NFT6UqgLFmGrUJvepNYLDXsfpqXARotR2tlcxKXaO8icg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf81NFT6UqgLFmGrUJvepNYLDXsfpqXARotR2tlcxKXaO8icg/viewform?usp=sf_link)