



Resiliencia, regulación emocional, significación vital y apoyo social en el cáncer de mama

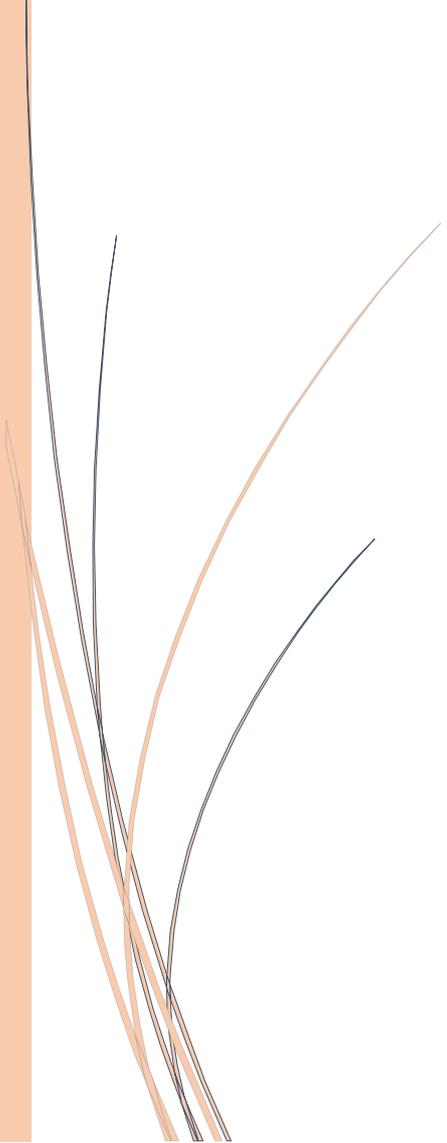
Alumno/a: Laura Virginia Ramos Bernal

Tutor/a: Manuel Hernández Hernández

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna

Julio 2018



RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito conocer el grado de significación vital, resiliencia, regulación emocional y apoyo social en personas con cáncer de mama. Para ello, se ha estudiado una determinada población que parte de las siguientes características: mujeres que han sido diagnosticadas con esta enfermedad, con edades comprendidas entre los 30 y 80 años. Para obtener dicha muestra, se ha acudido a “Ámate”, una asociación encargada de la lucha contra el cáncer de mama y que se localiza en Santa Cruz de Tenerife. Las escalas utilizadas para el presente estudio han sido MLM, TMMS-24, CD-RISC y MOS, así como, una escala sociodemográfica que ayudaría posteriormente al desarrollo de los resultados. Estos parten de la relación existente entre las variables tratadas (Resiliencia, Significación Vital, Apoyo Social y Regulación Emocional) y la percepción que tiene dicha población hacia las mismas.

Palabras claves: Significación vital, resiliencia, regulación emocional y apoyo social.

ABSTRACT

This research aims to know the degree of vital significance, resilience, emotional regulation, and social support for people with breast cancer. For this purpose, a given population that has been studied for the following features: women who have been diagnosed with this disease, aged between 30 and 80 years. For such shows, has attended “Amate”, an association in charge of the fight against breast cancer, and is located in Santa Cruz de Tenerife. The scales used for this study have been MLM, TMMS-24, CD-RISC and MOS, as well as scale demographic that would later help the development of results. These are base don the relationship between treated variables (Resilience, Vital Significance, Social Support and Emotional Regulation) and the perception that has the population towards them.

Key words: Vital Significance, Resilience, Emotional Regulation, and Social Support.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. MARCO TEÓRICO	3
1.1. El cáncer de mama.	3
1.2. Datos estadísticos	3
1.2.1. La situación en la actualidad.....	3
1.3. ¿Cómo lo vive la persona que lo experimenta?.....	4
1.4. Fases de afrontamiento de una crisis	6
1.4.1. La negación.	7
1.4.2. La ira o el enfado.....	7
1.4.3. La negociación.	8
1.4.4. La depresión.....	8
1.4.5. La aceptación.....	9
1.5. La resiliencia	9
1.5.1. Definición.	9
1.5.2. Factores que favorecen la resiliencia.....	10
1.5.3. Instrumento para medir la resiliencia. CD-RISC.	11
1.6. Calidad de vida de los pacientes	12
1.6.1. Definición.	12
1.6.2. Factores que incrementan y debilitan la calidad de vida.	12
1.7. Regulación emocional.....	13

1.7.1.	Definición.	13
1.7.2.	La importancia de la regulación emocional.	14
1.7.3.	El impacto emocional.	14
1.7.4.	¿Cómo mejorar la regulación emocional del paciente?	15
1.7.5.	Instrumento para medir la regulación emocional. TMMS-24.	16
1.8.	Significación vital.	17
1.8.1.	Definición.	17
1.8.2.	¿Qué elementos proporcionan el sentido vital?	17
1.8.3.	Instrumento para medir la significación vital. MLM.	18
1.9.	El apoyo social.	19
1.9.1.	Definición.	19
1.9.2.	La importancia del apoyo social.	19
1.9.3.	Factores que incrementan y debilitan el apoyo social.	21
1.9.4.	Instrumento para medir el apoyo social. MOS.	22
1.10.	La importancia del Trabajo Social.	22
2.	OBJETIVOS	25
2.1.	Objetivo general.	25
2.2.	Objetivos específicos.	25
3.	MÉTODO	26
3.1.	Participantes.	26

3.2. Instrumentos y definición de variables medidas.....	26
3.3. Procedimiento.	27
3.4. Diseño.....	28
4. RESULTADOS.....	29
4.1. Datos sociodemográficos.	29
4.2. Media y desviación típica.	36
4.2.1. Significación vital.	36
4.2.2. Resiliencia.	37
4.2.3. Apoyo social.	37
4.2.4. Regulación emocional.	38
4.3. Fiabilidad.....	39
5. DISCUSIÓN.....	41
6. CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha considerado, durante muchos años, una enfermedad que conlleva sentimientos de angustia, miedo, incertidumbre, rabia o desesperación. La persona comienza a notar un cambio físico y de su estilo de vida, por tanto, experimenta un cúmulo de sensaciones y sentimientos totalmente nuevos. Sin embargo, gracias a los avances tecnológicos y la ayuda profesional, el paciente tiene posibilidades de afrontar con mayor seguridad y comprensión la enfermedad facilitando la propia supervivencia.

El objeto de estudio es precisamente, responder a las siguientes preguntas: ¿Con qué tipos de apoyo (familia, amigos/as, profesionales...) ha contado el/la paciente? ¿Cómo ha transcurrido el diagnóstico y el tratamiento? ¿Con qué herramientas ha contado la persona para afrontar la enfermedad? ¿Cuál es el nivel de significación vital con el que cuenta?

A la hora de presentar el siguiente documento se ha comenzado dividiéndolo en distintos niveles. En primer lugar, se encuentra la justificación o marco teórico de la investigación donde se desarrollan los conceptos de las variables estudiadas: resiliencia, significación vital, regulación emocional y apoyo social; además de, cuestiones relativas a la calidad de vida o a la vivencia de la enfermedad por parte del propio/a paciente. Asimismo, se resalta la importancia del trabajador/a social en la intervención de este tipo de casos.

Posteriormente, se expondrán los objetivos generales y específicos, cuyo fin será seguir una línea acorde a los resultados, la discusión y la conclusión, a través de la recogida de datos y consecutivo análisis de los mismos.

Es importante destacar que, el motivo por el que se ha elegido este tema ha sido la desinformación de muchos hombres y mujeres acerca de esta enfermedad y las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas que produce en el paciente que lo sufre. Esta investigación es un claro ejemplo de cómo se siente este colectivo y de cómo afecta al entorno

que lo rodea. Muchos estudios revelan la importancia del apoyo social en las personas con cáncer de mama, y esto hace que resalte aún más la figura del Trabajo Social dentro de este ámbito.

"El cáncer cambió mi vida. Doy las gracias por cada día. Me ha ayudado a establecer prioridades", *Olivia Newton-John*.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. El cáncer de mama.

El cáncer de mama es un tumor maligno o crecimiento descontrolado de las células mamarias. Frecuentemente, el cáncer de mama se origina en las células de los lobulillos, es decir, las glándulas productoras de la leche, o en los conductos, que son las vías que trasladan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. En algunas ocasiones, el cáncer de mama puede formarse en los tejidos estromales, donde se incluyen los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama. (Breastcancer, 2016).

1.2. Datos estadísticos

1.2.1. La situación en la actualidad.

Según la OMS (2014), el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres de todo del mundo, representando el 16% de los cánceres femeninos. Las tasas de supervivencia de este tipo de cáncer presentan una gran variación según la localización, siendo así un 80% o más en América del Norte, Japón y Suecia; el 60% en países de ingresos medios y menos del 40% en países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008). La falta de programas de detección precoz y de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento podrían ser la causa de que en países subdesarrollados exista una baja tasa de supervivencia, lo que conlleva que muchas mujeres acudan al médico cuando la enfermedad se encuentra en su etapa más avanzada o que si acuden no se les pueda tratar de la manera más adecuada. (OMS, 2018).

Alrededor del mundo, la incidencia varía bastante: en América del Norte se registran tasas normalizadas por edad (99,4 de cada 100.000). En América del Sur, Europa Oriental, África Austral y Asia Occidental la incidencia es moderada, pero va en aumento. Por último, la mayor parte de países africanos presentan la incidencia más baja, aunque se observa un auge de incidencia de cáncer de mama. (OMS, 2018).

Teniendo en cuenta que, es una enfermedad que tiene una creciente curación, en el año 2004 murieron 519.000 mujeres por cáncer de mama. Sin embargo, aunque este tipo de cáncer se le conoce como una enfermedad de países desarrollados, un 69% de los fallecimientos por esta causa se registran en países en vía de desarrollo. (OMS, 2018).

Centrándonos en España, el cáncer de mama resulta ser el más habitual entre las mujeres, pues supone el 29% de todos los tipos de cáncer. En 2015, 27.747 personas fueron diagnosticadas de cáncer de mama. Se estima que 1 de cada 8 mujeres españolas tendrá cáncer de mama a lo largo de su vida. Esta enfermedad cancerígena es la cuarta más diagnosticada en consideración con el resto y la primera entre las mujeres. La mayoría de estos casos suelen darse entre los 45 y 65 años, situándose la edad de máxima incidencia por encima de los 50. (SEOM, 2017).

En los últimos años, la mortalidad por cáncer de mama ha ido descendiendo gracias a programas de cribado y al avance de los tratamientos. Sin embargo, dicha patología es la primera causa de muerte por cáncer de las mujeres españolas. En 2012 se registraron 6.075 muertes por cáncer de mama en España (SEOM, 2017). En 2014, 6.213 mujeres fallecieron como consecuencia de esta enfermedad (Bertrán, 2017).

Por otra parte, la incidencia de cáncer de mama sitúa a Canarias por encima de la media nacional, pues los últimos datos revelan que casi 90 personas por cada 100.000 sufren esta enfermedad. El 28% de los tumores que se registran los padecen mujeres de entre 45 y 65 años. (González, 2010).

1.3. ¿Cómo lo vive la persona que lo experimenta?

La autora Susana Sontag (1978) destacaba en su conocido ensayo *La enfermedad y sus metáforas*, el impacto psicológico que ocasionaba la palabra cáncer. Según ella, el cáncer solía considerarse un sinónimo de muerte; por tanto, la mayor parte de las pacientes, al recibir el

diagnóstico, sufrían un gran impacto emocional. Además, esta autora señalaba que en dicha concepción cooperaban de manera inconsciente, muchos sectores representativos de nuestra sociedad como, por ejemplo, periodistas, economistas, políticos, etc. (Nieto, Abad, Esteban, y Tejerina, 2004, p.243).

Cuando la persona supera la fase de incertidumbre por un posible diagnóstico, comienza a desarrollar mecanismos de defensa. Estos pueden, o bien ayudar a que se generen conductas adaptativas a la evolución de la enfermedad, o en cambio suelen producir aislamiento o tendencia a huir del problema, lo cual generará un mayor estado de estrés y depresión. El diagnóstico de cáncer es una situación complicada para los pacientes, los cuales desatan un conjunto de sentimientos negativos como angustia, tristeza, temor, sufrimiento o desesperanza, lo que puede ocasionar la disfuncionalidad en el núcleo familiar. Esto retardaría el proceso de adaptación y continuidad del tratamiento del paciente. Asimismo, una de las reacciones ante una situación estresante o de peligro es identificar las causas que ayudaron al desarrollo de la enfermedad. Entre ellas se encuentra la genética, argumentando que cuando varios miembros de la familia han padecido algún tipo de cáncer, por tanto, existe una gran probabilidad de que se pudiese desarrollar esta patología. (Díaz *et al.*, 2010).

En el estudio realizado por Díaz y otros (2010), los participantes manifestaron que cuando recibieron el diagnóstico, su primer pensamiento fue la muerte, a causa de la gravedad o la difícil rehabilitación de esta patología. Esto puede ser una consecuencia de conocimientos erróneos sobre la enfermedad, que unido al aumento de la ansiedad y la incertidumbre con la situación estresante a la que se encuentra, puede originar mayores dificultades en el paciente. (Díaz *et al.*, 2010).

Por otra parte, los valores del propio paciente tienden a cambiar su manera de pensar y de afrontar el cáncer. Es decir, muchas de estas personas suelen tener la necesidad de sentirse

fuertes y de proteger a sus familiares y amigos; además, buscan apoyo en sus seres queridos u otros pacientes que se encuentran en la misma condición; piden ayuda a sus consejeros u otros profesionales o también recurren a la fe como forma de sobrellevar la enfermedad. (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

En algunos estudios se cree que existe, específicamente, una influencia de la cultura en la evolución del cáncer.

Se ha demostrado que mientras que algunos enfermos con cáncer se culpabilizan o interpretan a este como una forma de castigo, otros describen el azar; el estrés; factores físicos; problemas psíquicos, etc. Asimismo, los seres humanos tienden a buscar otras alternativas de curación influenciadas por su cultura y costumbres, esto refleja la búsqueda de acciones para el manejo de su enfermedad, como, por ejemplo, la ayuda de las plantas medicinales como método de curación.

(Díaz *et al.*, 2010, p.66).

Otros estudios realizados en mujeres con cáncer de mama revelan que la mayoría aceptan la enfermedad y sus tratamientos. Sin embargo, en algunos casos aparecen cambios de comportamiento, retraimiento social, ideas suicidas y aumento de la ansiedad. Cuando una mujer joven se le practica una mastectomía y afirma que ha perdido su feminidad, esto quiere decir que no se siente apreciada como antes por la sociedad, además de sentirse defectuosa por no tener unos pechos firmes y bonitos. (Celorio, Calero, y Armas, 1986).

1.4. Fases de afrontamiento de una crisis

La psiquiatra Elisabeht Kubler-Ross (1969) en su modelo identifica 5 fases para la aceptación de una enfermedad crónica: la negación, la ira o el enfado, la negociación, la depresión y la aceptación. Este proceso de afrontamiento se asemeja con el del duelo por la

pérdida de un ser querido, ya que sufrir una enfermedad crónica ocasiona la pérdida de nuestra salud.

1.4.1. La negación.

En mayor medida, las personas no están preparadas a sufrir una pérdida como la de la salud, de modo que se niega la enfermedad. Esta es la primera reacción de defensa cuando se da la noticia de padecer dicha enfermedad crónica. La negación es una forma de defenderse mentalmente de una mala noticia y permite apaciguar el dolor ante una noticia inesperada e impactante. (Kubler-Ross, 1969).

Esa negación genera que el paciente llegue a tener pensamientos como, por ejemplo, que se haya cometido un error, que los médicos hayan recibido un informe equivocado del laboratorio o que las pruebas clínicas se refieran a otra persona. Sin embargo, esta fase se desvanece y se comienza otra de indignación, rabia y hostilidad. (Galán, 2015).

La negación es una forma de paliar la situación del paciente después de recibir la noticia, permite que el paciente se reestablezca y que con el tiempo pueda utilizar otras defensas, menos radicales. Esto no quiere decir que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, o hasta contento y aliviado al sentarse a hablar con alguien de su problema de salud. (Galán, 2015).

1.4.2. La ira o el enfado.

El paciente que se encuentre en situación terminal comienza a darse cuenta de que su situación es realmente grave, convirtiéndose en una persona furiosa o irritable. Tiene resentimiento por las personas que tengan buena salud y aparecen las recriminaciones hacia sí mismo, la familia, el enfermero, el médico, entre otros. (Galán, 2015).

En esta etapa, existe un reconocimiento de que la negación no puede continuar, pues la enfermedad ya es evidente. Comienzan a manifestarse sentimientos como la ira o asociados a la misma y esto provoca que los pacientes no se dejen cuidar o resulte más complicado. Además, suelen haber diferentes muestras de enfados con Dios, con los médicos y/o con el resto de profesionales, a causa de no haber realizado un diagnóstico más precoz o considerar que éstos no han ayudado lo suficiente al paciente. También la familia, los amigos y los compañeros de trabajo suelen sufrir los múltiples enfados del paciente cuando éstos consideran que no son capaces de comprender y entender por lo que están pasando. (Kubler-Ross, 1969).

1.4.3. La negociación.

El paciente pretende cambiar su fase actual por medio de un acuerdo que, mayormente, se establece con Dios, en los casos en que la persona es creyente. Se propone una serie de compromisos debido a su intenso deseo de mejorar. (Galán, 2015).

La fase de pacto es menos conocida que las demás, pero también útil para el paciente, aunque sólo durante cortos períodos de tiempo. Si los pacientes no han sido capaces de afrontar su realidad, en la primera y segunda etapa, quizás se pueda llegar a un acuerdo que atrase lo inevitable. En esta etapa, la persona tiene su último intento de llegar a un compromiso con la propia realidad de la enfermedad. Ésta intentará llegar a un convenio consigo misma y con los demás para mejorar su calidad de vida y su salud. (Dueñas, 2015).

1.4.4. La depresión.

El deterioro del enfermo es cada vez más evidente y la enfermedad sigue avanzando, es en ese momento cuando hace una revisión mental de las cosas que ha dejado sin concluir en el pasado y las que no realizará en un futuro. Esto generará desesperanza y con ello, la fase depresiva. (Galán, 2015).

El problema de salud que ha causado la enfermedad en el paciente, le impacta a distintos niveles físico, psíquico y social. (Dueñas, 2015).

Según Kübler-Ross, la ira, la rabia y la insensibilidad se convertirán en una gran sensación de pérdida. Es aquí donde aparecen las dos clases de depresión: la depresión reactiva y la preparatoria. Antes de la primera se experimenta la percepción de pérdida de la imagen corporal, además del rol laboral y social, la incapacidad de atender a la familia y el sentimiento de dependencia. Todo esto acelerará el proceso. (Kubler-Ross, 1969).

Por su parte, la depresión preparatoria se orientará desde una perspectiva en donde el paciente es consciente de su situación y se prepara para llevar un estilo de vida diferente, caracterizado en adoptar una nueva filosofía de vida, la cual se basa en el apoyo de los más cercanos y el significado de su propia existencia.

1.4.5. La aceptación.

En esta fase, el paciente admite la realidad de su situación. Éste comienza a repasar su vida pasada y al reconciliarse consigo mismo, termina aceptando y reconociendo su enfermedad, y con ello, el dolor y las limitaciones que esta conlleva. No busca culpables, ni adopta una posición de derrota, sino más bien una actitud responsable de lucha y supervivencia. Esta fase suele alcanzarse cuando el paciente da un nuevo significado a la vida y a la experiencia que vive actualmente. Asimismo, la fase de aceptación no puede confundirse con adquirir un estado de felicidad o conformidad ante la patología. (Ávila y de la Rubia, 2013).

1.5. La resiliencia

1.5.1. Definición.

Según Vanistendael (1996) “la resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente

un grave riesgo de resultados negativos”, (p. 25). Kreisler (1996) considera que la resiliencia “es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación”. (Manciaux, 2003, p.25).

1.5.2. Factores que favorecen la resiliencia.

Según García- Serrablo, Acevedo y Ortiz (2011) el cáncer de mama produce un impacto emocional en la persona que la padece. No obstante, los pacientes sobrevivientes a esta enfermedad han logrado percibirla de otra manera puesto que, se han encontrado muchos beneficios después de haber pasado el diagnóstico y el tratamiento. Que un paciente alcance beneficios en el proceso de enfermedad ayuda a la sensación de bienestar general y a percibir una mayor calidad de vida. La capacidad de poder evaluar los beneficios durante y después de afrontar la enfermedad ha servido para disminuir el estrés del individuo. Dichos autores afirman que también han identificado un menor grado de emociones negativas, además de sintomatología depresiva durante la etapa de seguimiento. (Crespo y Rivera, 2012).

Pelusi (1997) cree que las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama reviven sentimientos y preocupación por el resto de personas de su mismo sexo. Esto quiere decir que cuando se identifica, reconoce y maneja esas preocupaciones y sentimientos, se logra apreciar el sentido a la vida a través de su historia en dicha patología. Por tanto, esto también sirve para el paciente pueda sentirte en un estado de confort y crecimiento personal al enfrentarse a su propio mañana. (Crespo y Rivera, 2012).

De acuerdo con Pereira (2007), existen una serie de factores protectores que favorecen la resiliencia. En primer lugar, los factores protectores de la propia persona son: las habilidades relacionales, la creatividad, el humor, la autonomía, la iniciativa, la introspección, el sentido moral, la confianza en uno mismo y la capacidad de dar sentido a lo acontecido. En segundo lugar, la existencia de redes sociales se considera un factor protector de lo social. Asimismo,

los factores protectores en relación con el medio externo también influyen como, por ejemplo, la pertenencia a organizaciones o límites claros y permeables que aumenten la autonomía y permitan el acceso a fuentes de apoyo y ayuda en el medio sociocultural; y, por último, los factores protectores propios del medio externo como el alto nivel de participación comunitaria o la aprobación social. (Bacca, Moyano, Quintero, y Soler, 2014).

Cuando hablamos de enfermedades crónicas de manera genérica, podemos observar diversas investigaciones que demuestran los factores que incrementan la resiliencia en algunos pacientes. De hecho, en EE.UU, se realizó un estudio con individuos de ambos géneros y en edades comprendidas entre los 30 y los 50 (King *et al.*, 2003), todos ellos con enfermedades crónicas no progresivas (parálisis cerebral, déficit de atención y espina bífida). En dicho estudio se descubrieron factores de protección como, por ejemplo, el apoyo social; además de la determinación, las creencias espirituales, la perseverancia, la trascendencia, el auto entendimiento y la acomodación que pueden facilitar la resiliencia. En otro estudio llevado a cabo con afroamericanos de entre 65 y 91 años y con enfermedades de tipo artritis, asma, cardíacas, hipertensión y diabetes mellitus, se averiguaron factores propios de la resiliencia como la determinación, la tenacidad o la perseverancia, e incluso, las creencias culturales (Becker y Newsom, 2005). Asimismo, otro estudio realizado en EE.UU. por Zautra, Johnson y Davis en 2005, con una muestra de 124 pacientes con edades comprendidas entre 35 y 72 años y que sufrían osteoartritis y fibromialgia, demostró que las emociones positivas promueven la resiliencia en estos individuos. (Quiceno y Vinaccia, 2011).

1.5.3. Instrumento para medir la resiliencia. CD-RISC.

La Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC), es una de las más usadas y mejor consideradas en el ámbito clínico por tener carácter fiable. Se trata de una herramienta que posibilita a los profesionales identificar las conductas resilientes y evaluar los resultados

de los pacientes a los tratamientos de tipo psicológico. Dicha escala posibilita que se puedan diseñar estrategias que ayuden al adulto a afrontar el estrés, además de detectar individuos de alto riesgo. La escala original contiene 25 ítems distribuidos en distintos factores: competencia personal, confianza en los propios instintos, tolerancia a la adversidad, aceptación positiva del cambio, control e influencia espiritual. (Connor y Davidson, 2003).

Por otro lado, la CD-RISC de 10 ítems, la versión española, ha tenido una alta notoriedad debido principalmente a su brevedad y las buenas propiedades psicométricas obtenidas. Wang, Shi, Zhang y Zhang (2010) exponen que la realización de un análisis factorial exploratorio confirma un único factor, con buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.91) y fiabilidad de test–retest ($r=0.90$ para un intervalo de dos semanas). Por su parte, Serrano-Parra et al. (2013) también encuentran un único factor subyacente, y una adecuada validez convergente y consistencia interna que se demuestra con un alfa de Cronbach de 0.81. (Soler, Meseguer y García, 2013).

1.6. Calidad de vida de los pacientes

1.6.1. Definición.

La Organización Mundial de la Salud (2002) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.” (OMS, 2002).

1.6.2. Factores que incrementan y debilitan la calidad de vida.

Según Campbell (1976), los bienes objetivos no son suficientes para lograr el grado de satisfacción cuando se habla de calidad de vida; de hecho, en varias investigaciones se han encontrado numerosas discrepancias sobre quién debe evaluarla. Slevin y col. (1988) han llegado a la conclusión de que tener la percepción de calidad de vida como agente de salud no

es suficiente. Si nos centramos en el ámbito de la psicología, la calidad de vida está relacionada con el tipo de respuesta individual y social del individuo al enfrentarse a situaciones concretas de la vida diaria, y aunque el elemento de la salud se considere fundamental para la evaluación de la calidad de vida, es un error enfocarlo exclusivamente desde este sector. Es decir, se pierde capacidad operativa cuando se mezclan factores físicos o materiales, económicos y sociales con los relacionados con la salud. (Jiménez y Gómez, 1996).

O’Connell & Skevington (2005) argumentan que, la espiritualidad y la religiosidad parecen ser dimensiones importantes para el paciente a la hora de determinar la calidad de vida. Otro aspecto relevante para el individuo, es la influencia que tienen factores como el grado de desarrollo que tiene el país en el que se vive. (Molzahn, Kalfoss, Schick Makaroff y Skevington, 2011).

Las mujeres con cáncer de mama suelen tener como conceptos centrales de la calidad de vida: el ambiente familiar, los aspectos espirituales y la disponibilidad de tratamiento. (Sánchez, Sierra y Martín, 2015).

Según Pineda y otros (2013), la calidad de vida para las pacientes con cáncer de mama puede estar influida por variables de tipo físico o biológico como, por ejemplo, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento y efectos secundarios, pronóstico y posibilidades de rehabilitación, al igual que por variables psicosociales tales como, las relaciones de pareja, el status emocional o la imagen corporal. (Pineda, Andrade y Montoya, 2013).

1.7. Regulación emocional

1.7.1. Definición.

La regulación emocional se define “como la activación y utilización de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para modificar el curso, la intensidad, la

calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos individuales”. (Porro, Andrés, y Rodríguez-Espínola, 2012, p. 342).

1.7.2. La importancia de la regulación emocional.

La existencia de formas específicas de manejo de las emociones influye mayoritariamente al inicio y/o evolución del cáncer. El uso de estrategias de regulación emocional resulta ser un pilar fundamental para el bienestar psicológico, es decir, la utilización de la supresión de la expresión emocional en enfermedades crónicas ha proporcionado resultados desfavorables para el bienestar psicológico, existiendo un mayor riesgo en el inicio y progresión de un tumor maligno. Asimismo, dicha patología se ha vinculado con dificultades en el desarrollo de las relaciones interpersonales cercanas, menor apoyo social percibido, mayor probabilidad a sufrir síntomas de depresión y de ansiedad, baja autoestima y emociones negativas. Es decir, las diversas investigaciones en pacientes oncológicos indican que la supresión de la expresión emocional, desempeñan un papel fundamental en la salud física y mental de estas personas. (Porro *et al.*, 2012).

Diversos autores afirman sobre la existencia de emociones que son dañinas para la salud física de los pacientes (Barra, 2003; Cacioppo, 2003; Crossley y Morgado, 2004; Fredrickson, 2001; Mendoza y Mendoza, 2001; Nieto, Abad, Albert & Arreal, 2003; Ryff y Singer, 2003; Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000; Suinn, 2001; Valdés y De Flores, 1990), entre ellas se destaca la ansiedad, la hostilidad, la ira, la rabia y el estrés, las cuales pueden perjudicar la probabilidad, el inicio y la progresión de enfermedades tales como el SIDA, la artritis, el cáncer, afecciones cardíacas o hipertensión arterial. (Garrido, 2006).

1.7.3. El impacto emocional.

El diagnóstico de un cáncer puede generar en la mayoría de las personas, un gran impacto emocional. Sentimientos como la depresión, el miedo y la ansiedad son muy frecuentes

y son respuestas normales cuando se sufre una experiencia como esta. (Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2016).

Existen muchas variables que pueden causar estos sentimientos como, por ejemplo, cambios en la imagen corporal, los cuales pueden influenciar en la confianza y la autoestima. Además, pueden alterarse roles en el ámbito familiar y laboral del paciente; como consecuencia de ello, puede llegar a sentirse triste, apenado o consternado al experimentar pérdidas y cambios en su vida. Las náuseas, el dolor y el cansancio pueden provocar también angustia emocional. De igual manera, estas personas podrían sentir miedo al sufrimiento, el dolor o incluso a la muerte. (Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2016).

En un estudio realizado por Derogatis, Abeloff & Melisaratos (1979) con pacientes de cáncer de mama, se observó que las que habían experimentado un período más prolongado de supervivencia presentaron un elevado grado de estrés en la entrevista de base, y de hostilidad en evaluaciones de sintomatología clínica, de culpabilidad y de depresión. Con ello, se pudo concluir que los pacientes con cáncer que habían presentado una manera de afrontamiento que facilitaba la expresión abierta, externa y consciente de las emociones negativas y del estrés psicológico mostraban una mayor tasa de supervivencia que los que no lo hacían. Otro estudio de Greer y Morris (1975) desveló la erradicación extrema del enfado, la rabia y otros sentimientos se encontraron, de manera más significativa en pacientes diagnosticados de cáncer que en pacientes con tumor benignos. Según Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) la expresión emocional abierta resulta ser la estrategia de afrontamiento que menos utilizan los individuos que padecen esta enfermedad. (Porro *et al.*, 2012).

1.7.4. ¿Cómo mejorar la regulación emocional del paciente?

De acuerdo con *American Psychological Association* (APA) se propone que el paciente de cáncer de mama debe recibir un apoyo psicológico tanto individual como grupal. El primero

se utilizaría para modificar patrones de conducta y pensamiento, y el segundo para obtener apoyo emocional de otras mujeres que estén enfrentándose a la misma situación. De igual modo, Robles (2010); Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano (2006), Bragado (2009); Salas et al., (2003); Bellver y Moreno (2009); destacan el modelo de intervención cognitivo-conductual, pues goza de carácter funcional para el tratamiento de personas con hábitos y pensamientos nocivos para la salud. En pacientes con cáncer, la aplicación de este modelo toma una mayor centralización en aspectos como el alivio de los síntomas por medio de la relación existente entre conducta, cognición y afecto. Por otro lado, Robles (2010) y Pietro (2004) consideran la terapia cognitiva como el tipo de intervención más adecuada para los pacientes con esta patología. (Quintero y Finck, 2018).

1.7.5. Instrumento para medir la regulación emocional. TMMS-24.

La TMMS-24 (1995) está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. Esta escala analiza y describe la Inteligencia Emocional, en este caso, la de los pacientes; evaluando así las destrezas que posibilitan que el individuo sea consciente de sus propias emociones, al igual que la capacidad que tiene para regularlas. Según Fernández-Berrocal, Alcaide, Domínguez, Fernández-McNally, Ramos y Ravira, (1998), en España se ha realizado una adaptación al castellano, donde se pueden encontrar buenas propiedades psicométricas, la cuales son muy parecidas a la versión original. Por tanto, la fiabilidad por cada componente es: Atención, $\alpha = 0,90$; Claridad, $\alpha = 0,90$; y Reparación, $\alpha = 0,86$. Además, expone una fiabilidad test-retest adecuada (Atención = .60; Claridad= .70 y Reparación = .83). (Extremera y Fernández, 2005).

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación

emocional. La primera, se establece cuando el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos de una manera adecuada; la segunda, cuando comprende bien sus estados emocionales y la última, el individuo es capaz de regular los estados emocionales correctamente. (Extremera y Fernández, 2005).

1.8. Significación vital

1.8.1. Definición.

Frankl (1991) expone la dificultad de definir en términos generales el significado de la vida, debido a que el concepto de *vida* es algo real y concreto, pues representa el destino de cada persona y cada una de ellas tiene carácter exclusivo. Esto quiere decir que cada caso es único y diferente con lo cual no puede compararse. Ninguna de las situaciones se repite, por tanto, siempre se necesitará una respuesta diferente. (Frankl, 1991).

Según Wong y Fry (1998), se trata de “un constructo individual y un sistema cognitivo basado en el marco cultural de la persona, que influencia su toma de decisiones, actividades y metas; es un propósito, un valor personal y un sentido de realización”. (Palacios, Lizarazo, Moreno y Ospino, 2015, p. 458).

1.8.2. ¿Qué elementos proporcionan el sentido vital?

Wong y Fry (1998) proponen la existencia de diversas fuentes por las que un individuo puede darle sentido a la vida. Por su parte, Jaarsma, Pool, Ranchor y Sanderman (2006) diferencian tres componentes: a) cognitivo, donde se incluyen las creencias y diferentes interpretaciones del mundo; b) emocional como, por ejemplo, logros personales, luchas y dificultades, y c) afectivo, que abarca sentimientos de realización y satisfacción con la vida. Asimismo, Taylor (1993) afirma que, cuando una persona sufre algún tipo de enfermedad como, por ejemplo, un cáncer, su adaptación a ella está directamente relacionada con una mejor calidad de vida y un sentido positivo de la vida. (Palacios *et al.*, 2015).

El cáncer está principalmente relacionado con las creencias de la persona. Las creencias son configuraciones cognitivas que se forman de manera individual o son compartidas culturalmente. Son creencias generales que posibilitan a los pacientes a tener esperanza y a buscar un significado a la vida, a pesar de la desagradable experiencia que estén sufriendo. Brady et al, citado por Navas, Carmen (2006) menciona que “La Espiritualidad es la manera como la gente entiende y vive su vida, en la búsqueda de su significado y valor, incluyendo un estado de paz y armonía”, (p. 68). Esto también se ha relacionado con el compromiso de las personas por encontrar una serie de respuestas satisfactorias en lo que respecta a la vida, la enfermedad y la muerte. (Díaz *et al.*, 2010).

Un estudio de Arman y Backman (2007) determinó que, para algunos pacientes con cáncer, todo en la vida tiene sentido, incluyendo las actividades de la vida diaria. Por tanto, las opiniones de los participantes demostraron que el simple hecho de vivir hace que la vida sea más importante y con ello las relaciones con la familia, amigos u otras personas puesto que, la calidad de las relaciones y el tiempo que se invierte en ella ayudan a la construcción de significado. (Palacios *et al.*, 2015).

1.8.3. Instrumento para medir la significación vital. MLM.

Meaningful Life Measure (MLM) es un instrumento elaborado por Morgan y Farsides en 2008 y que se utiliza para medir la significación vital de un grupo de personas. Comprende 23 ítems y dentro de ellos existen varios factores que abarcan componentes afectivos, conductuales y cognitivos, y se han diseñado para evaluar un componente del significado personal: vida emocionante (una orientación entusiasta, que ve la vida como emocionante, interesante o atractivo), vida con principios (un sentido de tener una filosofía o marco personal a través del cual entender la vida), vida con logros (una sensación de que los objetivos personales han sido alcanzados o cumplidos), vida con propósitos (sensación de tener metas

claras, objetivos e intenciones) y vida valiosa (la sensación de que la vida tiene valor intrínseco). (Morgan y Farsides, 2009).

Los coeficientes alfa para las cinco subescalas varían de .85 a .88, y los coeficientes de una nueva prueba durante un período de 6 meses varía de .64 a .70. (Morgan y Farsides, 2009).

1.9. El apoyo social

1.9.1. Definición.

Actualmente, existen muchas definiciones sobre este término debido a que no se ha llegado a un consenso que lo aclare con una única explicación. Entre las definiciones más reconocidas por su claridad, se encuentran las de Thoits y Bowling. Thoits (1982) define el apoyo social como “el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación”, (p.118). Por otro lado, Bowling (1991) lo define como “el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra.” (Alonso, Menéndez y González, 2013, p.118).

1.9.2. La importancia del apoyo social.

Galeno, el médico griego, llegó a afirmar que las mujeres que sufrían melancolía podían padecer cáncer con mayor frecuencia. Paget, Snow y Parker (1790-1870) señalaron que los efectos producidos por abandonos, pérdidas, preocupaciones, aflicciones y melancolías estaban relacionados con la aparición de un cáncer. Asimismo, Evans (1920) realizó un estudio con 100 pacientes diagnosticados de cáncer y descubrió que se encontraban en situaciones de pérdida en las relaciones afectivas. Por su parte, Bahnson mencionaba la aparición de mecanismos de defensa de negación y represión en personas con cáncer y en 1976, Weisman

constató que los pacientes más optimistas eran los que tenían mejor capacidad para afrontar el diagnóstico de cáncer. (Nieto *et al.*, 2004, p. 249).

El apoyo social es uno de los factores que más intervienen en la respuesta que tendrá el paciente en el mantenimiento de su calidad de vida y ante la propia enfermedad, lo que lo convierte en un pilar básico. Éste podrá sentirse repudiado por su familia y hasta por la sociedad. El apoyo recibido por parte de la familia y amigos es vital para conseguir una mejoría de la calidad de vida de la persona, ellos son los que pueden aportar la fuerza necesaria para superar los obstáculos de la enfermedad cancerígena. (Díaz *et al.*, 2010).

Su contribución puede ser muy útil. “El apoyo social que tenga el paciente (sus relaciones sociales, conyugales y familiares de tipo positivo) constituye un amortiguador muy importante para enfrentarse a la situación de estrés que representa la enfermedad.” (Nieto *et al.*, 2004, p. 247).

A pesar de que la ciencia ha ido avanzando a lo largo del tiempo, todavía existen muchos interrogantes. Verdaderamente, se ha reconocido que las variables de tipo psicosocial influyen en el riesgo de contraer un cáncer y en el desarrollo de esta enfermedad. Pues, diversos estudios desvelan la importancia que desempeña la red de apoyo social del paciente cuando se enfrenta a este tipo enfermedad. (Nieto *et al.*, 2004, p.250).

En muchas ocasiones, el apoyo percibido por la persona no coincide con el apoyo objetivo, esto quiere decir que el paciente repara más en el apoyo de las personas más cercanas de su entorno social. De modo que resultaría más importante la calidad antes que la cantidad. Sin embargo, cuando el paciente experimenta un apoyo social más bajo o incluso nulo, busca causas externas de su enfermedad y muestra algún grado de insatisfacción. (Nieto *et al.*, 2004, p.252).

Por otro lado, en un estudio realizado a 29 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón (Vinaccia y otros, 2014) se evaluó cómo las fuentes de apoyo social ayudaron a dichas personas a la hora del tratamiento de la enfermedad. Finalmente, los resultados concluyeron que los familiares más cercanos (esposos/as, hijos/as y hermanos/as) habían ayudado a varios niveles. En cuanto a la ayuda por parte de profesionales sanitarios y amigos se demostró que aportaron al paciente apoyo emocional e informacional; e incluso, se habló de otros tipos de apoyo como, por ejemplo, los grupos de oración o ayuda espiritual. (Vinaccia et al., 2014).

1.9.3. Factores que incrementan y debilitan el apoyo social.

Según House (1981), existe una relación entre nueve fuentes de apoyo social cuando se padece una enfermedad crónica. No obstante, existe una amplia variación de clasificaciones que expliquen la división de dichas fuentes de apoyo. (Alonso et al., 2013).

a) Cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo, cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

b) Redes naturales, como, por ejemplo, familia, amigos o compañeros de trabajo y organizadas, que son los grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional y ayuda profesional.

c) Redes informales, aquellas que son más cercanas al individuo siendo la principal, la familia; y redes formales, las cuales están formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales.

Principalmente, la familia es el grupo de apoyo más importante con el que cuentan la mayoría de las personas. Es por esto que, los individuos que pertenecen a familias funcionales suelen tener mejores niveles de salud a causa de los recursos materiales y emocionales que se obtienen en la misma. (Alonso et al., 2013).

Los pacientes que sobrepasan el cáncer mencionan que habría sido imposible sin el amor y la ayuda de sus familiares. Sin embargo, para otras familias, los problemas que había antes del diagnóstico continúan después de esta, incluso podrían aparecer otros nuevos. Existe la probabilidad de que el individuo reciba menos apoyo del que él mismo esperaba, es decir, las relaciones pueden hacerse más fuertes durante el período de tratamiento o debilitarse. La mayoría de parejas sienten estrés más de lo habitual cuando aparece este tipo de patología. (Instituto Nacional del Cáncer, 2014).

1.9.4. Instrumento para medir el apoyo social. MOS.

La Escala de Apoyo Social Percibido (MOS) fue inventada por Sherbourne y Stewart en 1991. El cuestionario MOS se considera un instrumento válido y fiable que posibilita tener una visión multidimensional del apoyo social, pues permite detectar situaciones de un alto riesgo social para poder intervenir con las personas y sus entornos sociales. (Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005).

Está compuesto por 20 ítems, la primera pregunta tiene que ver con el tamaño de la red social y el resto (19 ítems) se refieren a las cuatro dimensiones del apoyo social funcional. Estos son: apoyo emocional (la expresión de afecto positivo o empático, comprensión y el estímulo de la expresión de sentimientos), instrumental (la provisión de asistencia conductual o ayuda material), interacción social positiva (la disponibilidad de otras personas para hacer cosas divertidas contigo) y apoyo afectivo (involucra expresiones de amor y afecto). (Sherbourne y Stewart, 1991).

En un estudio realizado con pacientes de cáncer (2007), a la hora de analizar la fiabilidad del cuestionario, se obtuvo una alta consistencia interna de la prueba, con un coeficiente alfa de 0.94. (Requena, Salamero y Gil, 2007).

1.10. La importancia del Trabajo Social.

Eda (1999) hace mención al enfoque multidimensional que el trabajador/a social debe adoptar para lograr mitigar el estrés, el sufrimiento, la disconformidad o mejorar las disfunciones antes una situación concreta. Entre sus funciones está la de dar apoyo, favorecer un ambiente que facilite compartir los sentimientos y las preocupaciones, proporcionar los recursos adecuados, modificar determinadas circunstancias del entorno, orientar, mantener, restablecer o revalorar los aspectos personales de funcionamiento o facilitar las herramientas y/o habilidades que posibiliten que los pacientes puedan mejorar por ellos mismos. (Institut Català D'oncologia, 2004).

Ituarte (2012) define el trabajo social clínico como: “un proceso psicoterapéutico que, por medio de la relación entre un trabajador social y un cliente (individuo, pareja, familia, grupo) y a través de un trabajo de análisis y profundización de sus sentimientos, emociones, vivencia, dificultades y de la manera en que todo ello manifiesta en sus relaciones interpersonales en diferente contextos significativos, trata de ayudar a las personas a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando para ello tanto las propias capacidades del cliente como los recursos del contexto social.” (Ituarte, 2017).

El/la trabajador/a social establece un proceso de ayuda donde estimula al enfermo y su familia a participar y responsabilizarse al llevar a cabo la intervención o la demanda de los recursos que sean más adecuados para el propio paciente. El profesional social se ocupa de hacer llegar a la administración competente y los profesionales correspondientes todos aquellos datos e incluso, indicadores necesarios para que puedan desarrollar nuevos, recursos, programas, etc., además de procurar que se modifiquen en el caso de que no se adecúen a las necesidades del individuo. (Institut Català D'oncologia, 2004).

En el ámbito oncológico, el/la trabajador/a social procura que incorporar la atención grupal de los pacientes y de sus familias, sea un proceso habitual. Cuando el/la profesional trata con individuos que sufren algún tipo de cáncer mamario, éste se dedica a promover grupos de apoyo y ayuda mutua que puedan ayudar a superar el estado de estrés que pueda implicar la enfermedad. Con ello, se pretende que el paciente pueda relacionarse con otras personas que sufren la misma situación y puedan ser atendidos o aconsejados por expertos en la materia. En el Trabajo Social, se destaca la relevancia de promover la participación en asociaciones, lo cual puede llegar a convertirse en un recurso con poder colectivo por medio de la agregación e interrelación de recursos individuales y de la dinámica que se establece a causa del desarrollo del grupo. (Institut Català D'oncologia, 2004).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general.

- Conocer el grado de significación vital, resiliencia, regulación emocional y apoyo social de las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama.

2.2. Objetivos específicos.

- Indagar sobre el grado de significación vital que gozan las pacientes con cáncer de mama.
- Descubrir el nivel de resiliencia de las personas con cáncer de mama.
- Averiguar el apoyo social con el que han contado y cuentan las personas que sufren dicha patología.
- Conocer el nivel de regulación emocional que poseen las mujeres con cáncer de mama.
- Determinar si existe alguna relación entre las variables que se han estudiado.

3. MÉTODO

3.1. Participantes.

Aunque el propósito inicial era combinar encuestas con cuestionarios que pudiesen realizar una muestra más amplia (50 personas), debido a la sensibilidad del colectivo y la complejidad de dicho estudio, la muestra se compone de 19 participantes. Dichos/as participantes han sido mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con edades comprendidas entre los 30 y 80 años que, o bien lo han padecido alguna vez o lo sufren en la actualidad. La muestra se ha recogido en una sede de la asociación “Ámate” en Santa Cruz de Tenerife.

3.2. Instrumentos y definición de variables medidas.

Para el mejor entendimiento y facilidad por parte de las encuestadas, se elaboró un cuadernillo compuesto por cinco tipos de cuestionarios.

Meaningful Life Measure (MLM), un instrumento utilizado para medir la significación vital de un grupo de personas. Fue elaborado por Morgan y Farsides en 2008 y abarca 23 ítems, dentro de los cuales entran una serie de factores: vida emocionante, vida con principios, vida con logros, vida con propósitos y vida valiosa.

CD-RISC, la escala de resiliencia elaborada por Connor y Davidson en 2003. Es una herramienta que posibilita a los profesionales identificar las conductas resilientes y evaluar los resultados de los/las pacientes a los tratamientos de tipo psicológico. Se realizó una adaptación al castellano compuesta por 10 ítems.

TMMS-24, un instrumento basado en *Trait Meta-Mood Scale* en torno al año 1995 y diseñado por el grupo de investigación de Salovey y Mayer. Posteriormente, en el año 1997, también se realizó una adaptación al castellano donde se modifica a 24 ítems. Dicha escala está compuesta por tres dimensiones con 8 ítems en cada una de ellas: Atención Emocional, Claridad de Sentimientos y Reparación Emocional.

The MOS social support survey, un cuestionario realizado por Sherbourne y Stewart en 1991. Consta de 20 ítems, la primera pregunta tiene que ver con el tamaño de la red social y el resto (19 ítems) se refieren a las cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Un tipo de cuestionario sociodemográfico, donde se recogen una serie de preguntas sobre la edad, el género, el nivel de ingresos, la situación laboral, el estado civil, entre otros elementos.

3.3. Procedimiento.

Primeramente, se procedió a la búsqueda de algún lugar dónde se tuviera acceso a una muestra tan específica. Para ello, se acudió a una asociación de lucha contra el cáncer en Santa Cruz de Tenerife denominada “Ámate”. El propósito inicial era repartir una encuesta de elaboración propia y una serie de cuestionarios, sin embargo, se experimentó una problemática de participación. Debido a esto, se ha recogido una muestra de 19 personas, concretamente mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama.

Tras el trabajo de campo, se comenzó con el vaciado de datos en el programa Excel y con la elaboración de las medidas más destacadas (media, desviación típica, varianza y alpha de Cronbach). De igual forma, se procedió a definir los factores pertenecientes a la significación vital y al apoyo social. La primera está formada por vida emocionante (ítems 1, 2, 3, 4, 5), vida con logros (ítems 6, 7, 8, 9, 10), vida con principios (ítems 11, 12, 13, 14, 15), vida con propósitos (ítems 16, 17, 18, 19) y vida valiosa (ítems 20, 21, 22, 23). Asimismo, los ítems 5, 9 y 19 se modificaron al considerarse ítems inversos. El apoyo social, por su parte, se divide en apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 3, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20).

Por otro lado, la regulación emocional está constituida por 3 factores vitales: atención emocional, claridad emocional y reparación de las emociones. Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, se ha sumado los ítems de cada uno de ellos. Al encontrarnos con una muestra de mujeres en su totalidad se ha procedido al análisis por medio de la siguiente tabla:

Tabla 1.

Puntuaciones de la regulación emocional en mujeres.

Puntuaciones mujeres	
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mejorar su atención: presta poca atención (< 24) • Adecuada atención (25 a 35) • Debe mejorar su atención: presta demasiada atención (> 36)
Claridad	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mejorar su claridad (< 23) • Adecuada claridad (24 a 34) • Excelente claridad (> 35)
Reparación	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mejorar su reparación (< 23) • Adecuada reparación (24 a 34) • Excelente reparación (> 35)

3.4. Diseño.

La investigación es descriptiva pues el propósito del presente estudio es conocer las situaciones, actitudes y costumbres de un colectivo determinado. Por tanto, se describe de una manera exacta los procesos y las actividades de la muestra. Asimismo, se está tratando un análisis cuantitativo y dichos datos ha sido procesados con el programa estadístico Excel.

4. RESULTADOS

En el siguiente apartado, se expondrán los resultados tras realizar el análisis de los datos recogidos en diferentes cuestionarios que se han llevado a cabo por el colectivo estudiado. Asimismo, la muestra incluye 19 participantes, por tanto, no se puede considerar representativa a toda la población.

Tras realizar el análisis de los datos, se dividirán los resultados en distintos bloques claramente diferenciados. Con motivo de contextualizar la población estudiada, se expondrán, en primer lugar, los datos sociodemográficos; seguidamente, para obtener una mayor visibilidad de los datos, se comentará las medidas más importantes, como son la media y la desviación típica de los resultados obtenidos en cada instrumento, así como, de sus factores internos. Finalmente, se realizará la fiabilidad de las escalas utilizadas y, por tanto, del estudio en sí. Este último bloque posibilita, por medio del alpha de Cronbach, la capacidad de conocer el grado de consistencia, precisión y estabilidad de las valoraciones de las participantes en dichos cuestionarios.

4.1. Datos sociodemográficos.

ÍTEM 1. EDAD.

Tabla 2.

La edad.

Intervalos	fi	Fi	ni	%
[30, 40]	2	2	0,1053	10,53
[40, 50]	7	9	0,3684	36,84
[50, 60]	6	15	0,3158	31,58
[60, 70]	3	18	0,1579	15,79
[70, 80]	1	19	0,0526	5,26
Totales	19		1	100

En lo que se refiere a la Tabla 1, se han dividido las edades en diferentes franjas. En primer lugar, el 10% de la muestra tenía entre 30 y 40 años, el porcentaje más alto oscila entre los 40 y 50 con un 37% y le sigue con un 32% la franja entre los 50 y los 60 años. A continuación, las edades comprendidas entre los 60 y 70 se aprecian con un 16% de la muestra y, por último, el porcentaje más bajo se encuentra entre los 70 y 80 con el 5%, es decir, solo hubo una persona dentro de dicha franja de edad.

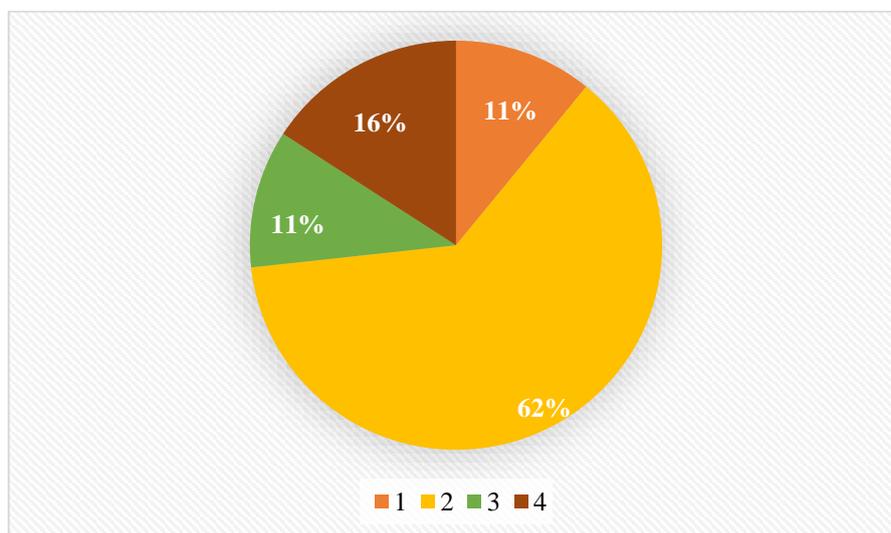
ÍTEM 2. GÉNERO DE LA MUESTRA.

Esta muestra está compuesta por 19 personas, el 100% han sido mujeres, esto se debe a que sólo 1 de cada 100 casos de cáncer de mama, es decir, el 1% de los pacientes diagnosticados son hombres. (LA RAZÓN, 2008)

ÍTEM 3. PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR.

Figura 1.

Porcentaje de personas que viven en el hogar (incluyendo el encuestado).



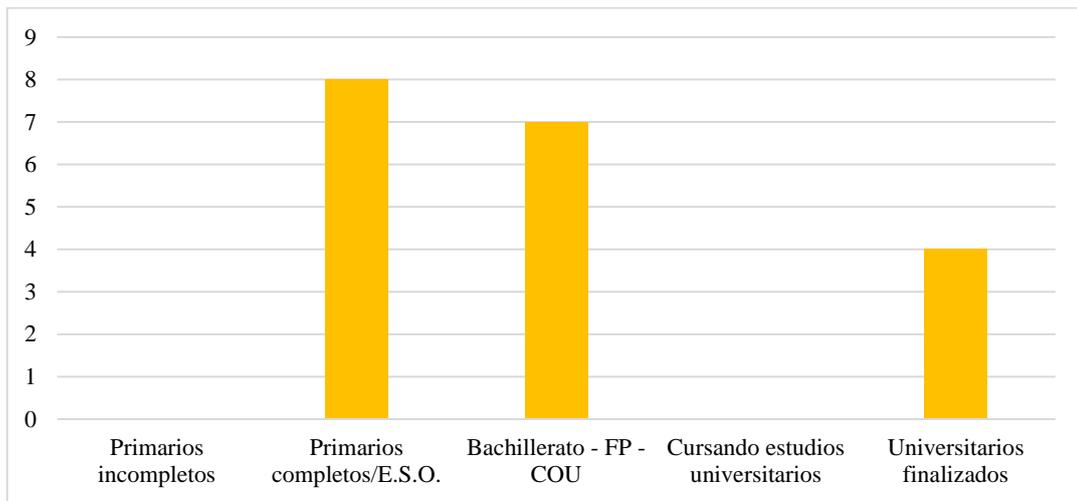
En este caso, se representa dicha estadística con un diagrama de sectores dividido en 1, 2, 3 y 4 números de personas que residen en el hogar. El 11% hace referencia a las personas que han dicho encontrarse solas en el hogar pues solo se computa un miembro en el hogar. El porcentaje más alto demuestra que la mayoría de encuestados viven con otra persona, es decir,

el 62% afirma que 2 personas viven en el hogar. El 11% dice convivir con dos personas más, lo que quiere decir que son 3 el número de personas en el hogar. Por último, el 16% afirma que son 4 las personas que conviven el hogar.

ÍTEM 4. NIVEL DE ESTUDIOS.

Figura 2.

Nivel de estudios.

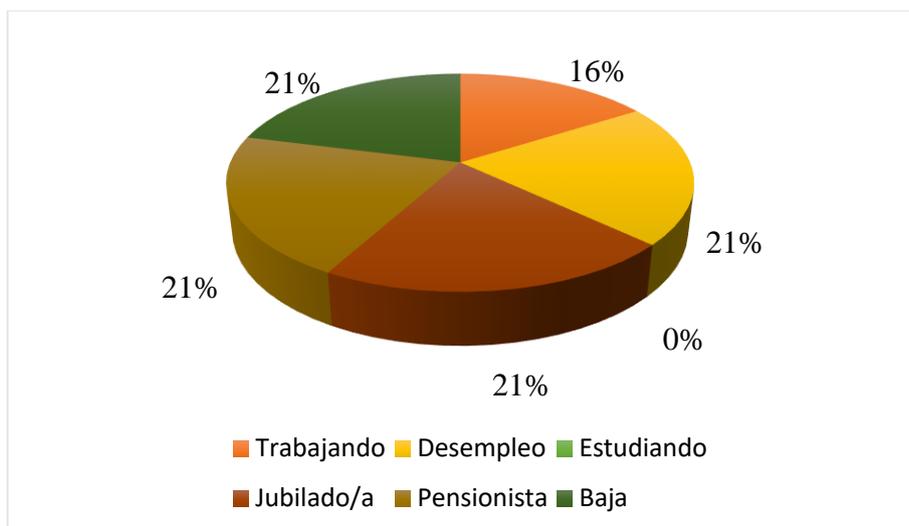


El nivel de estudios de la muestra demuestra que los encuestados han realizado y terminado los estudios primarios pues no hay ninguna persona que tenga dichos estudios incompletos. Asimismo, 8 de las 19 personas encuestadas dice tener primarios completos/E.S.O. Por consiguiente, el segundo dato más relevante es que 7 de estos pacientes tiene bachillerato, formación profesional o COU y que 4 de 19 tienen estudios universitarios finalizados.

ÍTEM 5. SITUACIÓN LABORAL.

Figura 3.

Situación laboral.

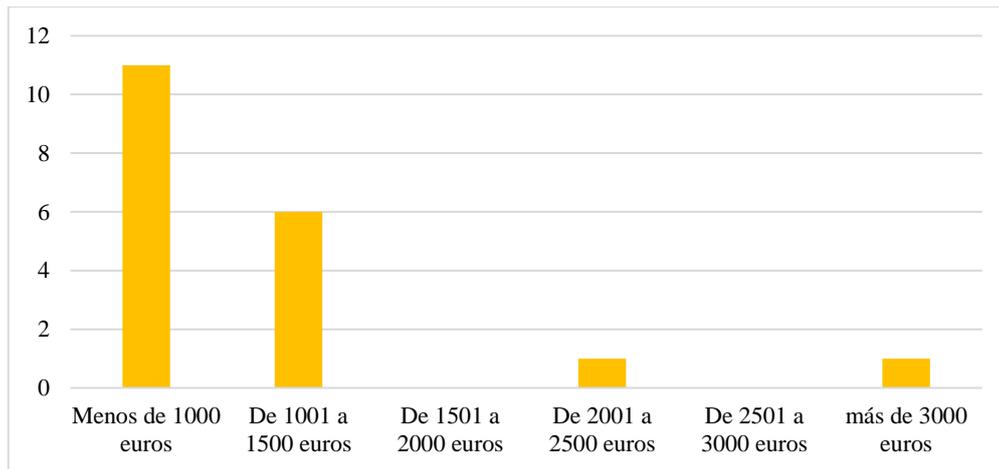


En cuanto a la Figura 3, se puede observar que existe una variedad de condiciones laborales si comparamos la muestra estudiada. En primer lugar, no se aprecia ninguna persona que se encuentre estudiando, esto lo podemos justificar a la edad puesto que el dato más pequeño es de 32 años. En segundo, se ve a simple vista que existe una equidad entre los/las que dicen encontrarse en desempleo, los jubilados/as, los/as pensionistas y los/as que se encuentran de baja temporal, pues cada uno de estos sectores está representado con un 21%. Finalmente, es de destacar que el dato más pequeño lo tienen las personas que se encuentran trabajando en la actualidad y se representa con un 16%.

ÍTEM 6. INGRESO FAMILIAR.

Figura 4.

Ingreso familiar mensual aproximado.

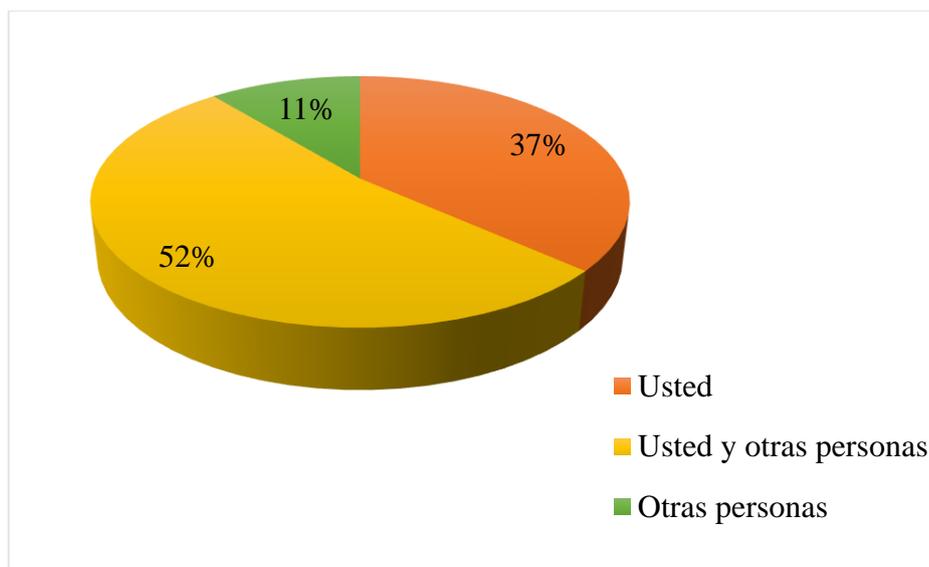


Si nos referimos al nivel de ingresos, lo más destacable es que el 58% de la muestra no gana más de 1000 euros al mes, le sigue con un 32% los que están entre los 1001 y los 1500 euros. Asimismo, no existen datos entre los 1501 a 2000 euros ni de 2501 a 3000. Sin embargo, llama la atención que, si haya datos entre los 2001 a 2500 euros y más de 3000, aunque tan solo estas se representen con un 10% de la muestra.

ÍTEM 7. PAPEL SUSTENTADOR EN EL HOGAR.

Figura 5.

Persona que tiene el papel sustentador en el hogar.

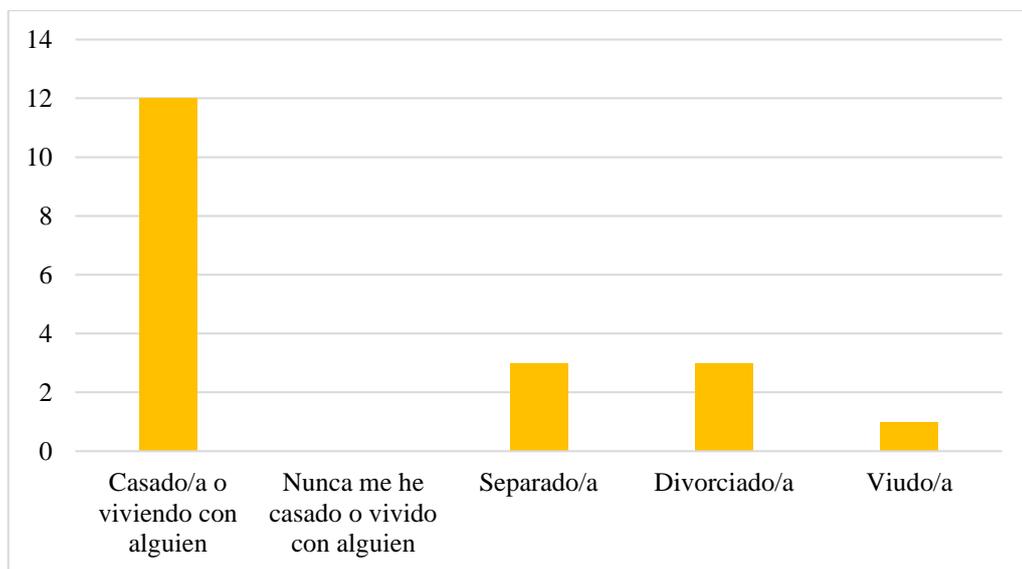


Si hablamos de la Figura 5, referida a quién tiene el papel sustentador en el hogar, más de la mitad de la muestra dice compartir este papel con otras personas. Por otro lado, el 37% dice no compartir esta responsabilidad y en la medida más pequeña, es decir un 11%, afirma tener el papel de sustentador otras personas.

ÍTEM 8. ESTADO CIVIL

Figura 6.

Estado civil de la muestra.

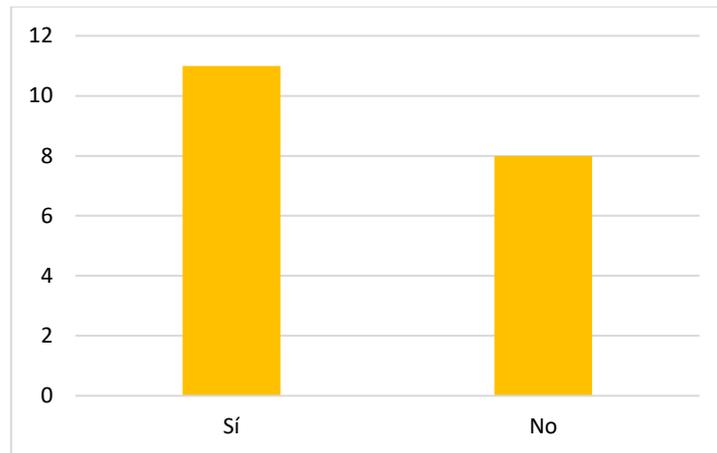


En cuanto al estado civil de las personas, más de la mitad (un 63%) se encuentran casados/as o conviviendo con alguien. Por otro lado, el 32% dice estar separado/a o divorciado/a, mientras que el 5% es viudo/a. En general, no se ha encontrado alguna persona que nunca se haya casado o convivido con alguien.

ÍTEM 9. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?

Figura 7.

Presencia de enfermedad crónica.



Respecto a la Figura 7, el 58% de la muestra dice tener una enfermedad crónica, mientras que 42% restante afirma que no.

ÍTEM 10. RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD.

Si hablamos en términos de reconocimiento de minusvalía o discapacidad, se puede observar que el 58% de las encuestadas dice no tener dicho reconocimiento. Sin embargo, el 42% afirma tener este tipo de reconocimiento.

ÍTEM 11. RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA.

Según los datos, se ha demostrado que el 100% de la muestra no tiene reconocimiento de dependencia.

ÍTEM 12. ¿CUIDA DE ALGUNA PERSONA MAYOR, CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA?

Esta estadística presenta una gran importancia pues, el 79% de la muestra no cuida de alguna persona mayor, con discapacidad o dependencia, mientras que el 21% ha contestado que sí.

ÍTEM 13. VOLUNTARIO DE ALGUNA ASOCIACIÓN.

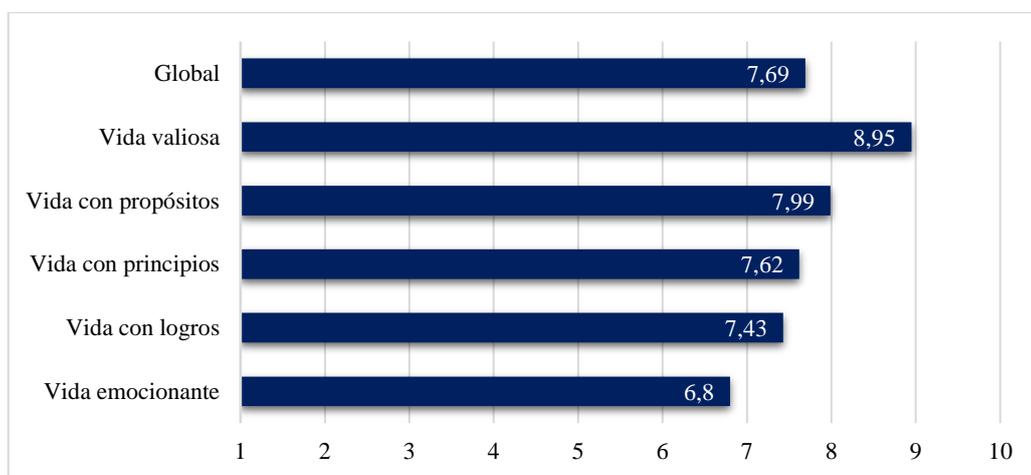
Teniendo en cuenta que los datos recogidos han salido de una asociación, concretamente “Ámate”, es de destacar este gráfico puesto que el 58% afirma no ser voluntario de ninguna asociación. No obstante, 42% restante ha dicho ser voluntario.

4.2. Media y desviación típica.

4.2.1. Significación vital.

Figura 8.

Media de la significación vital.



A modo general, la muestra escogida ha resultado tener una alta significación vital y esto se muestra con la Figura 8. En primer lugar, se ha elaborado una gráfica que recoja la media global, 7'69 y la media en función del tipo de vida que se mencionará a continuación. El dato más destacable se lo lleva “vida valiosa o con valor”, por tanto, las personas encuestadas consideran que su vida tiene un valor y esto se demuestra con una media de 8'95 de su puntuación más alta, que en este caso es 10. El segundo puesto se lo lleva “vida con propósitos” con una media de casi 8 de 10. Le sigue “vida con principios” con un 7'62 de 10, lo que quiere decir que las personas siguen puntuando alto en este ámbito. Asimismo, “vida con logros” tiene un 7'43 de media, lo que implica que los encuestados/as afirman haber tenido logros a lo largo de su vida. Y, por último, el valor más pequeño de la muestra lo tiene “vida con emociones o emocionante” con un 6'8 de media.

La desviación típica de la significación vital demuestra que los datos se encuentran muy dispersos en relación con la media, por tanto, en esta escala, es muy alta. Esto quiere decir que las personas encuestadas han contestado o muy alto o muy bajo. En primer lugar, el dato más alto se encuentra en “vida emocionante” con una desviación típica de 2’25, le sigue “vida con logros” con un 2’2 de desviación típica; asimismo, continúan teniendo una alta desviación típica “vida con principios” y “vida con propósitos”, y finalmente con la nota más baja de la serie (1’54) pero igualmente alta se encuentra en “vida con valor”.

4.2.2. Resiliencia.

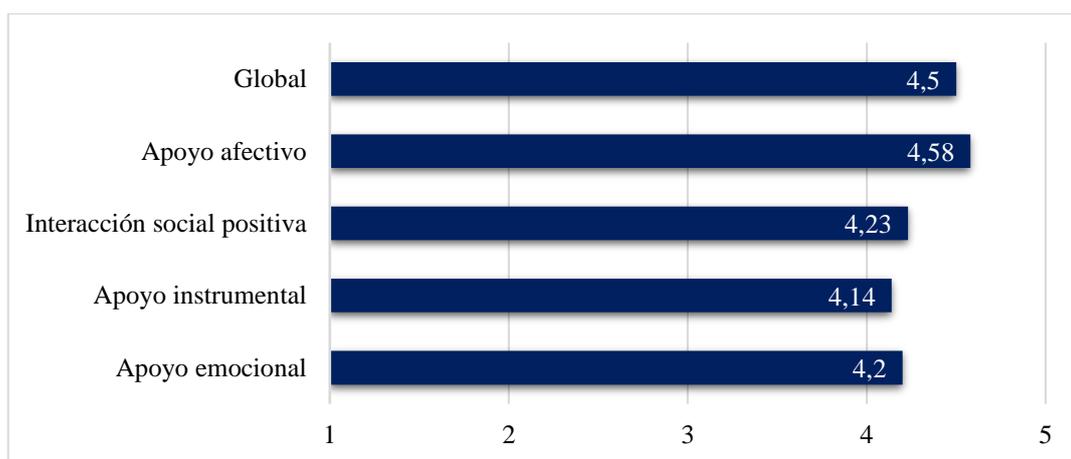
En cuanto a las respuestas al cuestionario de resiliencia por parte de las pacientes, cabe decir que hay una media de 3’83 en comparación con el dato más alto (5).

Por otra parte, se observa que la desviación típica es de 1’06, lo que significa que los datos no se encuentran tan dispersos o al menos notablemente, como en el caso anterior.

4.2.3. Apoyo social.

Figura 9.

Media del apoyo social.



Respecto a la Figura 9, se puede hablar de que la muestra tiene una muy buena respuesta del apoyo social pues tiene como media global un 4’5 en comparación con el dato más alto (5).

El tipo de apoyo que más resulta ser percibido por las participantes es el “afectivo” con un 4’58 de media, mientras que el menos parece ser el “instrumental” con una media de 4’14.

A modo global, la desviación típica del apoyo social verifica que existe una gran dispersión entre los datos, esto se ha demostrado con un resultado de 2’2. El segundo dato relevante se encuentra en el “apoyo instrumental” con un 1’11 de desviación típica. Por último, puede observarse que los tipos de apoyo restantes tienen buena puntuación en relación a la dispersión de las respuestas pues se encuentran en torno al 0’8 y 0’9.

4.2.4. Regulación emocional.

Si hablamos de regulación emocional, se ha demostrado según los datos los siguientes resultados. En primer lugar, este cuestionario tiene una media de 3’72 en relación con su número más alto (5); asimismo, se muestra una cierta dispersión entre los datos pues hay un 1’16 de desviación típica.

Por otro lado, existen 3 factores vitales para evaluar la regulación emocional que se podrán observar en la siguiente tabla.

Tabla 3.

Factores de la regulación emocional.

	Atención emocional	Claridad emocional	Reparación de las emociones
Media	3’76	3’61	4’14
Desviación típica	1’81	0’91	1’01

En lo que se refiere a la Tabla 3, puede destacarse una media bastante alta si se relaciona en función del valor más alto del cuestionario (5). Por otra parte, la desviación típica parece tomar relevancia en la “atención emocional” pues los datos se encuentran bastante dispersos;

asimismo, existe una adecuada desviación típica en los otros dos factores que se encuentran en torno al 0'9 y el 1.

Según los autores del cuestionario estudiado, el TMMS-24, se halla la posibilidad de evaluar cada factor en función de las respuestas de las participantes, es decir, si se suma las puntuaciones de las mujeres como, por ejemplo, en el factor de “atención emocional” puede observarse que la media entre las respuestas es de un 30'1, por tanto, la mayoría tiene una adecuada atención. Asimismo, dado los resultados obtenidos se puede mencionar que también existe una adecuada claridad y reparación de las emociones.

4.3. Fiabilidad.

El alfa de Cronbach es un método que posibilita estimar la validez de un instrumento de medida, como pueden ser los estudiados a lo largo de la investigación. Es una forma de estimar la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento. Por tanto, cuanto más se aproxime el valor del alfa a 1 mayor será la consistencia interna de los ítems.

Tabla 4.

Fiabilidad global.

Significación vital	Resiliencia	Apoyo social	Regulación emocional
0'93	0'86	0'78	0'84

De acuerdo a las recomendaciones sugeridas por George y Mallery (2003) para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach, la significación vital tiene una excelente fiabilidad pues el alfa es superior a 0'9. Asimismo, la escala de resiliencia y regulación emocional se califica como buena al ser superior a 0'8. Por otro lado, al ser el alfa de Cronbach superior a 0'7 en la escala de apoyo social, esta tiene una fiabilidad aceptable.

Tabla 5.*Fiabilidad por tipos de significación vital.*

Vida emocionante	Vida con logros	Vida con principios	Vida con propósitos	Vida con valor
0,89	0,61	0,88	0,77	0,94

Dentro de la significación vital, se dan una serie de factores valorado en diferentes ítems, debido a esto se ha podido verificar que “vida valiosa o con valor” recibe el mejor dato en cuanto a fiabilidad, con un alfa de 0’94, lo que implica que es excelente. Por consiguiente, “vida emocionante” y “vida con principios” reciben una buena puntuación al ser mayor que 0’8. Asimismo, los datos de “vida con propósitos” corroboran que tiene un coeficiente de alfa aceptable. Y, por último, “vida con logros” recibe la puntuación más baja, por tanto, dichos datos prueban que su alfa es cuestionable.

Tabla 6.*Fiabilidad por tipos de apoyo social.*

Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
0,88	0,95	0,83	0,54

En lo que respecta a la Tabla 6, el apoyo social se divide en diversos factores, destacando entre ellos el “apoyo instrumental” con un alfa de 0’95, lo cual implica su excelente fiabilidad. Por otro lado, el “apoyo emocional” y la “interacción social positiva” reciben una buena puntuación en lo que respecta al alfa de Cronbach. Hay que destacar la baja fiabilidad del “apoyo afectivo”, un 0’54, un dato bastante pequeño.

5. DISCUSIÓN

Para intentar determinar el grado de consecución de cada uno de los objetivos planteados en un principio, se analizará la relación que se establezca entre los ítems de los cuestionarios y las respuestas que han dado las participantes. A continuación, se comenzará tratando diversos aspectos relevantes que pueden dar lugar a temas de discusión.

Según SEOM (2017), el perfil mayoritario de los casos de cáncer de mama, cuentan con una edad que ronda desde los 45 hasta los 65 años, cuya mayor incidencia se establece por encima de los 50. Esto coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio pues, estos datos se han visto reflejados en los cuestionarios.

El cáncer de mama resulta ser más frecuente entre las mujeres, tanto es así que la muestra estudiada está compuesta en su totalidad por este género. La Razón (2008), ha corroborado este dato afirmando que el 1% de los casos diagnosticados por cáncer de mama son sólo hombres.

Asimismo, valorando el ítem nº3 de los datos sociodemográficos, se puede establecer que la mayoría de estas personas se encuentran acompañadas en el hogar. Si este elemento se relaciona con el ítem de estado civil de las participantes, se verificará que el 63% está casada o viviendo con alguien. Por otro lado, existe un 11% de encuestadas que afirman vivir solas, lo cual hace plantearse el estado de ánimo, la atención emocional, el apoyo social con el que cuentan al tratarse de una enfermedad complicada, además del sentido que dan a la vida.

En relación al nivel de estudios, se contempla cómo predominan los estudios primarios/E.S.O. en los resultados obtenidos. Ante esto, puede considerarse un factor que podría presentar dificultades a la hora obtener un trabajo estable. Dicha variable se puede relacionar con la situación laboral, destacando principalmente que solo el 16% de la muestra está trabajando.

De acuerdo a ello, nos referimos al nivel de ingreso familiar cuyos datos reflejan que el 58% de las mujeres no gana más de 1000 euros al mes. Sin embargo, en el siguiente ítem cuando hablamos de quién tiene el papel sustentador/económico en el hogar vemos que, gran parte de las participantes reciben apoyo por otras personas al compartir la carga económica. Con lo cual, el apoyo recibido es un factor protector para las pacientes con dicha patología e implica una mejora de la calidad de vida.

Así lo demuestra Díaz et al. (2010) con las siguientes aportaciones. En primer lugar, El apoyo social es uno de los factores que más intervienen en la respuesta que tendrá el/la paciente en el mantenimiento de su calidad de vida y ante la propia enfermedad, lo que lo convierte en un pilar básico. Y, en segundo lugar, el apoyo recibido por parte de la familia y amigos/as es vital para conseguir una mejoría en el/la paciente; además de que, pueden aportar la fuerza necesaria para superar los obstáculos de la enfermedad cancerígena.

Por tanto, ¿es correcto manifestar que estas personas cuentan con calidad de vida? A esto responde Slevin y col. (1988) que han llegado a la conclusión de que tener la percepción de calidad de vida como agente de salud no es suficiente. No obstante, otros autores como Sánchez, Sierra y Martín (2015) avalan que las mujeres con cáncer de mama suelen tener como conceptos centrales de la calidad de vida: el ambiente familiar, los aspectos espirituales y la disponibilidad de tratamiento.

Otra característica sociodemográfica y que toma relevancia en la presente investigación es el reconocimiento de discapacidad, donde nos enfrentamos a otra dualidad de respuesta que toma como valor significativo el 58% de los que afirman no tenerlo frente al 42% que sí lo tiene. Este dato muestra un claro ejemplo del procedimiento llevado a cabo para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad regido por el RD 1971/1999, de 23 de diciembre. El cáncer de mama implica mucho más que una enfermedad

crónica, cambia el estilo de vida y las relaciones del paciente en su totalidad. Por este motivo, el 33% que da derecho a dicho reconocimiento tiene los siguientes aspectos en cuenta: disminución física, psíquica o sensorial, factores sociales e incluso, el entorno habitual del propio paciente (Lazos contra el cáncer, 2012).

En torno al ítem dónde se pregunta por la presencia de alguna enfermedad crónica, debe mencionarse que un 58% de la muestra lo confirma, mientras que el 42% restante niega dicha presencia. Este hecho nos lleva a considerar si estamos frente a una dualidad de respuesta, es decir, se hace presente un dato contradictorio dado la población estudiada. Por tanto, es posible que las participantes no sean conscientes o exista un cierto grado de desconocimiento sobre el cáncer de mama. De igual modo, se ha evaluado la media de las puntuaciones en los tipos de apoyo tratados en la escala MOS y se observa un dato significativo, el apoyo instrumental resulta tener la puntuación más baja frente a los otros apoyos.

Siguiendo con la discusión anterior, llama la atención que dado ese 58% de personas que admiten presentar una enfermedad crónica, esto repercute mínimamente en las medias de las diferentes medidas estudiadas cuyos resultados son 7'69 de 10 en significación vital, 3'83 de 5 en resiliencia, 4'5 de 5 en apoyo social y 3'72 de 5 en regulación emocional.

Algunos estudios realizados en mujeres con cáncer de mama revelan que la mayoría aceptan la enfermedad y sus tratamientos, con las puntuaciones del presente estudio esa afirmación se corrobora pues la muestra escogida ha resultado ser sorprendentemente buena. Con ello, puede llegar a plantearse que dichos factores están relacionados entre sí.

No obstante, los resultados pertenecientes a los factores de la significación vital revelan que las participantes puntúan “vida valiosa o con valor” con una excelente nota mientras que, “vida con logros” y “vida emocionante” destaca por ser las menos valoradas, siendo esta última la que más por tener un dato tan pequeño en comparación con los otros tipos de vida (un 6'8

sobre 10). Esto puede deberse a la edad, el nivel de estudios e incluso la situación laboral de las mujeres. Muchas de ellas han sido prejubiladas o dadas de baja a causa de la enfermedad y esto puede provocar sentimientos como angustia, ira o resentimiento.

Estos resultados concuerdan con la desviación típica de la significación vital al encontrarse los datos muy dispersos en relación a la media. Esto quiere decir que las personas encuestadas han contestado o muy alto o muy bajo y esto coincide en los mismos factores anteriormente señalados: “vida emocionante” con una desviación típica de 2’25 y “vida con logros” con un 2’2.

Según Díaz *et al.* (2010), en algunos estudios se revela la importancia de la espiritualidad y la esperanza al diagnosticarse un tipo de enfermedad cancerígena pues a pesar de la desagradable experiencia, es una manera de sobrellevar la enfermedad con positividad. Por consiguiente, que un/a paciente alcance beneficios o logros en el proceso de enfermedad ayuda a la sensación de bienestar general y a percibir una mayor calidad de vida.

En cuanto a las respuestas del CD-RISC por parte de las pacientes, cabe decir que hay una media de 3’83 sobre 5 y una desviación típica de 1’06, lo que significa que los datos no se encuentran tan dispersos o al menos notablemente, como en el caso anterior y que debido a esto se ha encontrado con una muestra bastante resiliente. De acuerdo con Pereira (2007), existen una serie de factores protectores que favorecen la resiliencia en personas con cáncer. Del mismo modo, en otros estudios genéricos que abarcan enfermedades crónicas no progresivas, se descubrieron factores de protección como, por ejemplo, el apoyo social; además de la determinación, las creencias espirituales, la perseverancia, la trascendencia, el auto entendimiento y la acomodación que pueden facilitar la resiliencia.

Respecto a los tipos de apoyo recogidos en “The MOS social support survey”, el “apoyo afectivo” destaca sobre el resto con una media de 4’58 sobre 5. Según el Instituto Nacional del

Cáncer (2014), los/as pacientes que ganan la lucha contra el cáncer mencionan que habría sido imposible sin el amor y la ayuda de sus familiares.

Si hablamos de regulación emocional, se ha demostrado que, según los datos agrupados en el cuestionario de TMMS-24, se ha hallado una media de 3'72 en relación al número más alto (5). Esto repercute a la hora de analizar los resultados puesto que hablamos de un valor bastante alto si se considera el impacto emocional del diagnóstico de un cáncer. Así lo demostró la Sociedad Americana Contra El Cáncer (2016) afirmando que sentimientos como la depresión, el miedo y la ansiedad son muy frecuentes y son respuestas normales cuando se sufre una experiencia como esta.

Por otro lado, se observa que las escalas TMMS-24, MOS, CD-RISC y MLM presentan una fiabilidad bastante notable, esto se representa en los siguientes datos: 0'93 de significación vital (excelente), 0'86 de resiliencia (buena), 0'84 de regulación emocional (buena) y 0'78 de apoyo social (aceptable).

Por último, un aspecto a destacar es la participación del colectivo. Las personas que experimentan un episodio como el del cáncer, en ocasiones, es una tarea difícil que contesten a encuestas o cuestionarios para algún estudio. Cuando la persona supera la fase de incertidumbre por un posible diagnóstico, comienza a desarrollar mecanismos de defensa. Estos pueden, o bien ayudar a que se generen conductas adaptativas a la evolución de la enfermedad, o en cambio suelen producir aislamiento o tendencia a huir del problema. Este comportamiento, muchas veces dificulta la tarea de investigación y con ello, la posibilidad de ayudar a los/as pacientes.

6. CONCLUSIONES

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres de todo del mundo, representando el 16% de los cánceres femeninos. Esta enfermedad es la cuarta más diagnosticada en consideración con el resto y la primera entre las mujeres; no obstante, gracias a los avances tecnológicos es uno de los cánceres con mayor supervivencia en España.

Llegados a este punto, se debe recordar los objetivos específicos de dicha investigación:

- Indagar sobre el grado de significación vital que gozan las pacientes con cáncer de mama.
- Descubrir el nivel de resiliencia de las personas con cáncer de mama.
- Averiguar el apoyo social con el que han contado y cuentan las personas que sufren dicha patología.
- Conocer el nivel de regulación emocional que poseen las mujeres con cáncer de mama.
- Determinar si existe alguna relación entre las variables que se han estudiado.

Como conclusiones generales podemos destacar:

- Los resultados de la muestra han señalado que mujeres con cáncer de mama tienen altos niveles de significación vital, dando una mayor relevancia a ciertos factores relacionados con el sentido de la vida, el valor que se le da y las emociones experimentadas.
- El apoyo recibido es un factor protector para las pacientes con dicha patología e implica una mejora de la calidad de vida.
- La mayoría de mujeres con cáncer de mama tienen la capacidad de superar circunstancias de especial dificultad, lo que implica tener elevados niveles de resiliencia.

- Dado que algunos estudios han revelado el impacto emocional que produce el cáncer de mama, esto se pone de manifiesto al demostrarse, en su mayoría, una alta regulación emocional. No obstante, existe un pequeño porcentaje de personas que afirman no tener atención emocional.
- Tras los resultados obtenidos, se ha verificado que las escalas utilizadas tienen fiabilidad y validez, por ello pueden aplicarse en futuras investigaciones.

Además, debemos concluir que la relación entre las distintas variables estudiadas (resiliencia, significación vital, apoyo social y regulación emocional) es indudable. Las mujeres encuestadas han demostrado tener una serie de habilidades que les ayuda a afrontar el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad. El apoyo social percibido es una de las herramientas que mejor se valora por parte del colectivo estudiado y así lo hacen notar en los resultados de la investigación.

Los datos demográficos indican que existe una concordancia entre la edad, la situación laboral y la propia enfermedad. En primer lugar, las edades comprendidas entre los 45 y los 65 años son las más propensas a la hora de recibir un diagnóstico por cáncer de mama. Tanto es así, que el presente estudio gira en torno a dichas edades. Por consiguiente, la situación laboral es una variable de vital importancia a la hora de afrontar la enfermedad, debido a los ingresos con los que cuenta la persona. Los resultados han revelado que el 58% de la muestra no ganan más de 1000 euros al mes, por tanto, debe tenerse en cuenta si pueden costearse los tratamientos que supone esta enfermedad.

En lo que respecta al papel del o la trabajador/a social, debe considerarse fundamental a la hora del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Sus funciones hacen esencial su participación: dar apoyo, favorecer un ambiente que facilite compartir los sentimientos y las preocupaciones, proporcionar los recursos adecuados, modificar determinadas circunstancias

del entorno, orientar, mantener, restablecer o revalorar los aspectos personales de funcionamiento o facilitar las herramientas y/o habilidades que posibiliten que los pacientes puedan mejorar por ellos mismos

Para ir finalizando, como futuras propuestas de mejora se puede llevar a cabo las siguientes actuaciones:

1. Fortalecer la comunicación entre los/las profesionales (trabajador/a social y psicólogo/a) y el/la paciente de modo que éste sienta un ambiente cálido y comprensivo.
2. Avalar el acceso a medicamentos esenciales facilitando su rápida obtención.
3. Permitir a los/las pacientes que reciban tratamientos actualizados según las innovaciones científicas.
4. Concienciar a profesionales médicos y enfermeros/as de que la sensibilidad a la hora de informar sobre el diagnóstico de una enfermedad crónica es de vital importancia para el/la paciente.
5. Realización de actividades de ocio (yoga, bailes, desfiles, excursiones, etc.) en las asociaciones relacionadas con el cáncer de mama incluido los hospitales o centros privados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria*, 19, 118-123.
- Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10 (1), 109-130.
- Bacca, D. P., Moyano, E. M., Quintero, D. C., & Soler, D. C. (2014). *Factores protectores presentes en el proceso de resiliencia de pacientes adultos en cuidados paliativos del Hospital Universitario San Ignacio* (Bachelor's thesis, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana).
- Bertrán, A. (19 de octubre de 2017). El cáncer de mama, en cifras. *El periódico*, págs. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20171019/cancer-mama-cifras-6363635>.
- Breastcancer. (19 de octubre de 2016). *Breastcancer.org*. Obtenido de ¿Qué es el cáncer de mama?: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama
- Celorio, J. A., Calero, F., & Armas, A. (1986). *Fundamentos de Oncología Ginecológica*. Bilbao: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82
- Crespo, L., & Rivera, M. L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña*, 23, 109-126.

- Díaz, I., Velásquez, D., Rodríguez, K. C., Ortíz, Y. G., Jerez, J. A., Buitrago, L. A., & Moreno, Y. D. (2010). Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos. *Ciencia y Cuidado*, 7 (1), 61-70.
- Dueñas, J. R. (6 de octubre de 2015). *Ser paciente experto o activo*. Obtenido de <https://serpacienteexpertoactivo.wordpress.com/2015/10/06/las-cinco-fases-para-la-aceptacion-de-una-enfermedad-cronica/>
- Extremera Pacheco, N., & Fernández Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y estrés*, 11 (2-3), 101-122.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: HERDER.
- Galán, M. (14 de abril de 2015). *Mabel Galán: Psicóloga Sanitaria*. Obtenido de MODELO DE LAS 5 FASES DE ELISABETH KÜBLER-ROSS: <https://cacerespsicologo.com/los-modelos-de-adaptacion-a-la-enfermedad-terminal-por-elisabeht-kubler-ross/>
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38 (3), 493-507.
- González, M. (19 de octubre de 2010). Las canarias padecen más cáncer de mama que la media nacional. *La Opinión de Tenerife*, págs. <http://www.laopinion.es/sociedad/2010/10/19/canarias-padecen-cancer-mama-media-nacional/309762.html>.
- Institut Català D'oncologia. (junio de 2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Obtenido de

http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf

Instituto Nacional del Cáncer. (02 de diciembre de 2014). *NIH*. Obtenido de Problemas familiares después del tratamiento: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/problemas-familiares>

Instituto Nacional del Cáncer. (6 de noviembre de 2017). *NIH*. Obtenido de Los sentimientos y el cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>

Ituarte, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia: Nau Llibres.

Jiménez, B. M., & Gómez, C. X. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Universidad Autónoma.

LA RAZÓN. (15 de diciembre de 2008). Hombres con cáncer de mama. Obtenido de https://www.larazon.es/historico/hombres-con-cancer-de-mama-LJLA_RAZON_67477.

Lazos contra el cáncer. (17 de diciembre de 2012). Lazos contra el cáncer. Obtenido de <https://www.lazoscontraelcancer.com/2012/12/certificado-de-discapacidad.html>

Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.

Morgan, J., & Farsides, T. (2009). Psychometric evaluation of the meaningful life measure. *Journal of Happiness Studies*, 10 (3), 351-366.

Nieto, J., Abad, M. A., Esteban, M., & Tejerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.

- OMS. (mayo de 2018). *World Health Organization*. Obtenido de Cáncer de mama: *prevención y control*: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002, 37 (2), 74-105.
- Palacios Espinosa, X., Lizarazo, A., Moreno Olivares, K., & Ospino Cuello, J. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479.
- Pineda-Higueta SE, Andrade-Mosquera SM, Montoya-Jaramillo YM. Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017, 16 (32), 85-95.
- Porro, M. L, Andrés, M. L. & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9 (17), 69-82.
- Quintero MF, Finck C. Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología* 2018, 15, 49-64.
- Requena, G. C., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128 (18), 687-691.
- Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., & Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6 (1), 10-18.

Sánchez, R., Sierra, F. A. & Martín, E. (2015). ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (3), 371-385.

SEOM. (08 de marzo de 2017). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de Cáncer de mama: <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=2#content>

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32 (6), 705-714.

Sociedad Americana Contra El Cáncer. (11 de abril de 2016). *American Cancer Society*. Obtenido de La ansiedad, el miedo y la depresión: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad-miedo-depresion.html>

Soler, M. I., Meseguer, M., & García, M. (2013). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48 (3), 159-166.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15 (2), 207-220.