Rev. de Psicol. Gral. y Aplic., 1990, 43 (2), 245-255

LA MASTECTOMÍA: ¿ALTERA LA PERSONALIDAD DE LAS PERSONAS AFECTADAS?

R. GONZÁLEZ BARRÓN
Universidad de las Islas Baleares

Resumen

Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en los países desarrollados, superado sólo por las enfermedades cardiovasculares. El cáncer de mama, por su parte, es uno de los más frecuentes en la mujer, siendo causa importante de muerte. En el momento actual, es ampliamente aceptado que el diagnóstico y tratamiento de cáncer produce un trauma emocional que altera al paciente y su medio. Esta alteración se ve mayormente comprometida cuando la terapia exige la amputación de un órgano cargado de simbolismo. El presente trabajo centra su interés en el estudio de las posibles implicaciones psicológicas de la mastectomía. Para su estudio se han utilizado una entrevista semiestructurada y diez escalas que estudian aspectos de Personalidad (EPI, MAE, L. Control y Rigidez), Psicopatología (D-Beck, D-Zung y STAI) y Vulnerabilidad (Impotencia, Desamparo-Desconcierto y Disgusto-Ira). La totalidad de las pruebas han sido administradas a 55 mujeres mastectomizadas y 55 de control, con edades comprendidas entre 35 y 65 años. Los resultados obtenidos indican que Vulnerabilidad se asocia con Psicopatología en el grupo experimental, observando sentimientos de desesperanza y desamparo unidos a preocupaciones orgánicas, así como un nivel alto de neuroticismo.

Abstract

Malignant tumours are the second highest cause of death in developped countries, below heart illnesses. Breast cancer is one of the most frequent in women, being an important cause of death. Nowadays it is widely accepted that cancer diagnosis and treatment causes an emotional disadjustement that upsets the patient and his environment. This disturbance becomes more important when therapy includes the removal of an organ with an importan symbolic meaning. The object of this study is focussed on possible psychological implications of mastectomy. For this reason then rating scales that study Personality aspects (EPI, MAE, L. Control and Rigidity), Psychopathology (D-Beck, D-Zung and STAI) and Vulnerability (Helplesness, Displeasure-Anger and Defencelessnes-Disarrangement), have been used. All the tests have been administrated to 55 mastectomized women and 55 who have not (control group). Their ages varied from 35 to 65. The findings show that the aspects related to Vulnerability are associated with Psychopathology in the experimental group, as well as feelings of helplesness added to physical worries and high level of neuroticism.

Introducción

La relación de los factores emocionales con el cáncer ha constituido un rompecabezas para el hombre desde la antigüedad. Sin embargo, es en la última década cuando se asiste a un incremento del interés por el papel que desempeñan los procesos psicológicos en la patología de la mayoría de las enfermedades, así como los efectos que la enfermedad orgánica puede tener sobre la personalidad del paciente que la padece. Sobre este segundo aspecto se centra el presente trabajo, al intentar estudiar el efecto que el cáncer de mama tiene en las pacientes mastectomizadas.

En la revisión bibliográfica realizada, llama la atención la gran incidencia que tiene esta enfermedad. Se considera que una de cada catorce mujeres la desarrolla, siendo ésta una de las más importantes causas de muerte (Margalis, 1983). De esto se deriva la repercusión social de esta enfermedad.

Referente a la enfermedad, hay que señalar que la mujer mastectomizada está confrontada a una

enfermedad grave, cuya causa es desconocida, y a la pérdida de un órgano cargado de gran simbolismo. A diferencia de otros cánceres, la mujer que lo padece debe, en la mayoría de los casos, si quiere salvar la vida, perder el pecho, con lo que esto entraña de mutilación y desfiguración (Asken, 1975). Este hecho hace que los efectos de este cáncer se consideren como los que mayores perturbaciones ocasionan (Taylor, 1977; Meyerowitz, 1981; Sarell y cols., 1983; ...). Debido a esta realidad, estos pacientes necesitan realizar un trabajo de integración de una nueva imagen del cuerpo, así como de la enfermedad que lo ha ocasionado. Todo este proceso implica y exige, según Tarrier (1984), a la persona una reestructuración cognitiva, que dependerá de la valoración de la situación y de su eficacia para realizarlo. Por todo lo expuesto, cabe pensar que la carga afectiva dada a cada una de las funciones e interacciones determinarán el efecto de la enfermedad cancerosa, constituyendo una amenaza más o menos directa y profunda en la identidad femenina de la mujer. Este planteamiento no es compartido por Cobliner (1977), que pone en entredicho esta cuestión, al plantear, en concreto, que si la mujer basa su auto-estima en la presencia física, la amputación de una mama afecta su identidad personal. Si no es éste el caso, no sucede tal fenómeno. Estas proposiciones encontradas refieren el efecto de la mastectomía a las características de la personalidad de quien lo padece.

El trauma de la mastectomía refiere a un efecto multifactorial: físico, psico-social y existencial, como lo indican los trabajos de Sarlandie (1976), Beckmann y cols. (1983), entre otros. Estos factores inciden en todas las áreas de funcionamiento del paciente, provocando alteración en la imagen del cuerpo (incidencia en las relaciones sociales, maritales y sexuales). Aparecen también alteraciones orgánicas, consecuencia del/los tratamiento/s, así como el fantasma omnipresente de una enfermedad grave llamada cáncer. Esto indicaría que padecer cáncer sitúa al paciente en un área intermedia entre la realidad y la fantasía. Hay que señalar que el mantenimiento del nivel de calidad de vida, anterior a la mastectomía (social, sexual, marital...), depende en gran medida del funcionamiento que existía previo al tratamiento (Bransfield, 1983; Tarrier, 1984; entre otros), pudiendo atenuar o aumentar su impacto. En esta situación, también incide la falta de información, en general, sobre los efectos de la enfermedad. Esta carencia es sustentada culturalmente, por una actitud encubridora de las personas que la padecen, del personal sanitario y de la familia. Toda esta realidad y las necesidades defensivas de las pacientes sustenta la aparición en el sujeto de actitudes de negación hacia la información disponible.

Todo parece indicar que la amputación constituye el centro de la amenaza emocional, por ser la primera consecuencia a la que la enferma tiene que enfrentarse. Los datos obtenidos por Lyon (1977) (en Stoll, 1977) en su estudio ilustran esta realidad: el 85 por 100 expresan dudas sobre su feminidad; el 70 por 100, preocupaciones sobre su cuerpo; el 12 por 100, son incapaces de mirarse en el espejo o estar desnudas delante de sus maridos, y el 8 por 100 sentían miedo a ser rechazadas. En este mismo sentido es expuesto en los trabajos de Kartz (1970), Asken (1975), Gallo (1977), entre otros. También la enfermedad favorece la aparición de miedos de recidiva como sinónimo de muerte (Messerly y cols., 1980; Barreto, 1984), así como el tratamiento y posibles consecuencias (Baider, 1984; Dodd, 1984; Andersen, 1984).

No es extraño, pues, que el cáncer provoque actitudes de negación, seguida de ansiedad (Stoll, 1977; Meyerowitz, 1981; Greer, 1983; Roberts, 1984, etc.). Como defensa a la ansiedad, se desarrollan comportamientos regresivos, a través de la dependencia de la familia o con reacciones paranoicas hacia el médico (Bahnson, 1977), siendo la depresión la reacción más aceptada por los diferentes autores.

Aunque la depresión es comúnmente aceptada, no todos los trabajos la consideran con las mismas características. Así, la depresión es considerada como una respuesta provocada por los trastornos de cáncer de mama, llegando a estructurarse en un constructo de personalidad, como la presentan los trabajos de Taylor (1977), Frank (1978), Andersen (1984), Roberts (1984), entre otros. Otros trabajos la consideran como una reacción ante las exigencias de la nueva situación, lo que permite manejarla. En este caso, la depresión tiene un carácter de transitoriedad (Ibáñez, 1984a), y aparece acompañada de estados ansiosos en otros trabajos (Worden, 1978; Brand, 1978; Greer, 1983; Derogatis, 1983; Ibáñez, 1984b; Forner y cols., 1985). Los trabajos de Tarrier (1984) y Maguire (1984) observan al respecto que una de cada cinco mujeres muestra depresión tras una mastectomía, no considerándola una forma generalizada de reacción como los otros autores. Sin embargo, trabajos recientes no encuentran puntuaciones significativas en depresión en estos pacientes (Dattore, 1980; Barreto, 1984...).

Otros problemas emocionales reseñados en la bibliografía son: enfado, culpabilidad, sentimientos de irritabilidad, miedo al aislamiento y rechazo (Brantner, 1975; Silberfarb, 1978; Vachon, 1982). Estas reacciones son consideradas como parte de la depresión que subyace, consecuencia del shock producido por la enfermedad, siendo parte del proceso de adaptación a la mastectomía y consecuencia del duelo que debe realizar en dicho proceso.

Se han utilizado pruebas psiquiátricas y psicológicas para verificar hasta qué punto estas características de la personalidad corresponden a constructos de la personalidad o, por el contrario, a reacciones ante una situación traumática. Craig (1974) observa, a través del Simpton Check List-90 (SCL-90), que todos los pacientes con cáncer son ansiosos y tres cuartas partes padecen depresión, considerando esta última como una característica de la personalidad del canceroso. Derogatis (1979), a partir de un inventario de síntomas administrado a 30 pacientes, encuentra que el 30 por 100 presentaban ansiedad a niveles moderados o altos y la mitad presentaba

grados medios o bajos de depresión. En sus resultados sobre la depresión en mujeres mastectomizadas, Maguire (1984), comparadas con otras en las que se encontró que el tumor era benigno, indicaba que las pacientes con cáncer de mama presentaban mayor alteración emocional que las de tumor benigno.

Tarrier (1984) observa, a través del Inventario de Depresión Beck (B-DI) y Cuestionario de Salud General, que entre el 20 y el 25 por 100 de las pacientes con cáncer de mama sufren depresión o ansiedad severa, y la tercera parte desarrolla problemas sexuales, al sentirse incapaces de superar su pérdida. También señala que el 75 por 100 de mujeres mastectomizadas nunca vuelven a una vida normal. Este autor piensa que la mastectomía produce una disminución de la eficacia personal, teniendo como resultado un cambio de comportamiento, debido a que la paciente pierde confianza en sus habilidades sociales y sexuales. Lansky y cols. (1985), al estudiar la depresión en pacientes de cáncer, a través de las escalas de Depresión de Zung y Hamilton, observan que no aparece una personalidad depresiva en estos pacientes. También señala, en contraposición con Tarrier, que dicha disminución está relacionada con las características psíquicas de la paciente. Éstas determinarán la forma de enfrentarse con las exigencias de la enfermedad y por tanto los efectos directos de la mastectomía.

Como puede observarse, la depresión es considerada como constructo de la personalidad o como la reacción a una situación traumática, a través de la cual la paciente realiza el ajuste a su nueva situación. Las observaciones extraídas de la práctica clínica apoyan la segunda posición.

Otra de las reacciones a la enfermedad que aparece en la bibliografía es la Vulnerabilidad, expresado según Kaufman (1984) a través del abatimiento y desesperanza frente a la amenaza de muerte. Los resultados de Weisman (1976) al intentar aislar esta variable en los pacientes de cáncer muestran que depresiones anteriores, poco apoyo del medio e insatisfacción por su pasado, estaban asociadas con alta vulnerabilidad.

Baider y cols. (1982), en su trabajo sobre la vulnerabilidad, encuentra que dicha variable está directamente relacionada con las características personales, el diagnóstico y religiosidad de la persona. En un trabajo posterior, Baider (1984) plantea la relación entre angustia y vulnerabilidad. Considera la vulnerabilidad como la manifestación de la angustia. Esta autora la considera como la ineficacia en la actuación, es decir, falta de capacidad de reaccionar *(coping)*.

Del examen bibliográfico de las respuestas más comunes al cáncer de mama y mastectomía, se deducen algunas reacciones que cabe esperar en estas pacientes. Estas reacciones pueden centrarse en: un cierto grado de depresión, ansiedad y vulnerabilidad, cambios en el funcionamiento habitual a nivel orgánico, sexual y marital. Por último, un abundante número de miedos y temores, relacionados con el peligro de recidiva, muerte y repercusión en su vida relacional, debido al cambio de imagen corporal.

Dentro del marco que acabamos de comentar, el primer objetivo del presente trabajo es evaluar si existen características específicas de la personalidad en las mujeres mastectomizadas que impliquen relaciones específicas con el medio. El segundo objetivo ha sido comprobar si aparecen después de la mastectomía características psicopatológicas consecuencia de una disminución de defensas, provocada por la enfermedad y sus exigencias. El último objetivo trata de estudiar si la vulnerabilidad aumenta a resultas de la mastectomía.

Estos objetivos, establecidos a partir del análisis bibliográfico, pretenden evaluar si los efectos de la mastectomía no han sido planteados de un modo específico o bien los resultados de diferentes autores son contradictorios, así como en qué sentido aparecen en una muestra mallorquina.

Metodología

Participaron en la experiencia 110 mujeres (55 grupo experimental y 55 grupo control). El grupo experimental está formado por mujeres mastectomizadas, el tiempo transcurrido desde la intervención oscila entre uno y cinco años, no habiendo sufrido recidiva. La clase social de la muestra es media baja, procedente de diferentes partes de la isla de Mallorca, aunque tratadas en el mismo hospital. La edad oscila entre 35 y 65 años, siendo la media de 51,7 años, con una desviación típica de 9,54. Cabe señalar, como características del grupo experimental, que una mayoría afirma conocer la enfermedad que padece (75,5 por 100), mientras que no la conocen o niegan que padezcan alguna enfermedad un 25,4 por 100. Dada la información disponible, el tiempo transcurrido desde la mastectomía y la realidad de la misma, este 25,4 por 100 resulta un porcentaje elevado (χ^2 = 44,76), respecto al desconocimiento de la enfermedad. Estos datos indican que la negación constituye la forma de afrontamiento utilizada en este conjunto de sujetos, coincidiendo con los resultados de la bibliografía que la consideran como la más utilizada y eficaz (Golden, 1982).

El grupo control se ha formado intentando controlar en la muestra las variables que definen a la muestra experimental (como edad, lugar de residencia, trabajo, estado civil y nivel socio-económico). La edad media es de 46,6 años, con 7,34 de desviación típica.

Instrumentos utilizados

Se ha utilizado una entrevista semi-estructurada, con preguntas prefijadas, referentes a la enfermedad y actividades del paciente. Las pruebas utilizadas para el estudio de los objetivos planteados están agrupados en tres variables: Vulnerabilidad, Psicopatología y Personalidad.

Para el estudio de la variable Vulnerabilidad se

han utilizado las escalas de Desamparo-Desconcierto, Disgusto-Ira e Impotencia (Barreto, 1984). La variable Psicopatología se ha estudiado a través de las escalas de Depresión-Beck, Depresión-Zung y STAI (Spielberg, 1982) en sus dos acepciones, Ansiedad Rasgo y Estado. Por último, la variable Personalidad estudiada a través del EPI (Eysenk, 1968), MAE (Pelechano, 1975b), Locus de Control (Rotter, 1966) y Rigidez (Pelechano, 1975a).

Globalmente, cada experiencia consta de una entrevista y diez cuestionarios que comprenden veinte escalas. A cada sujeto le han sido administrados la totalidad de los instrumentos, en la mayoría de los casos en una sola sesión que tenía una duración entre una y dos horas. Dado el tipo de datos, fue necesario utilizar distintas pruebas estadísticas que permitieran poner en evidencia las diferencias entre ambos grupos en las distintas variables.

Resultados descriptivos

A partir de los datos obtenidos en las escalas, se calcularon las medias y desviaciones típicas en las dos muestras, con el fin de apreciar las características de las muestras estudiadas en relación con cada una de las escalas utilizadas. Al observar estos resultados (cuadro 1), de forma general la impresión que se tiene es de que el grupo experimental obtiene puntuaciones más altas que el grupo de control, exceptuando Extraversión y Sinceridad. Las puntuaciones medias más elevadas en relación con la puntuación máxima que se puede alcanzar en las escalas las presentan M2 (Separación del mundo privado y laboral, X = 4,4), A2 (Ansiedad facilitadora, X = 8,05), Neuroticismo (X = 15,38), Ansiedad Rasgo (X = 30,18), y RIII (sobreesfuerzo personal y actitud de elite, X = 17,07). Estas puntuaciones elevadas no aparecen en el grupo control. Las escalas reseñadas pertenecen a la variable de Personalidad, a excepción de Ansiedad Rasgo, que se incluye en la variable Psicopatología.

Con estos datos, se podría pensar que el grupo experimental parece caracterizarse por una mayor labilidad emocional, hipersensibilidad, autoexigencia y rigidez ante las demandas del medio. Las escalas que presentan puntuaciones superiores en el grupo control son Extraversión (X = 11,25) y Sinceridad (X = 6,68), no siendo sensibles las diferencias entre los grupos.

Respecto a la desviación típica, la variable que presenta mayor dispersión entre los sujetos en los dos grupos es la de Desamparo-Desconcierto ($\sigma = 35,84$ y $\sigma = 24,58$, respectivamente), siendo la más baja Sinceridad en ambos grupos ($\sigma = 1,46$ y $\sigma = 1,51$, respectivamente). Como se puede observar, en el grupo experimental sobresale, principalmente, en las puntuaciones medias las escalas de Neuroticismo y Ansiedad Rasgo, informando de un estado de ansiedad importante en este grupo. Estos resultados aparecen frecuentemente en la bibliografía; cabe citar: Meyerowitz (1981), Vachon y cols. (1982), Greer (1983), Roberts (1984), entre otros.

CUADRO 1

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de totales, en las dos muestras y para todas las escalas

Escalas	Muestra experimental		Muestra control	
	X	DT	X	DT
V. Vulnerabilidad				
Des-Des	48,01	35,84	38,43	24,44
D-Ira	42,72	22,88	35,13	18,56
Impot	29,41	19,05	24,89	14,95
V. Psicopatología				
D-Beck	11,61	9,98	7,27	6,39
D-Zung	40,29	9,25	36,96	9,58
A/Rasgo	30,18	7,52	27,47	6,60
A/Estado	26,10	7,30	24,48	5,63
V. Personalidad				
Neuro.	15,38	4,68	11,96	4,91
Extrav.	10,27	2,92	11,25	4,15
Sincer.	5,29	1,46	6,68	1,51
M1	4,60	2,47	4,51	2,81
M2	4,40	2,05	3,30	2,04
M3	11,12	2,52	11,52	1,98
M4	6,50	2,13	11,52	1,98
A1	8,54	3,17	7,96	3,20
A2	8,05	2,50	6,69	2,99
L. Control	14,16	3,11	14,22	3,44
RI	5,63	1,62	4,69	1,92
RII	10,72	3,11	8,07	3,77
RIII	17,07	2,25	15,54	3,49

X = media; DT = desviación típica; M_1 = tendencia a la sobrecarga de trabajo; M_2 = indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el laboral; M_3 = autoexigencia laboral y estima; M_4 = motivación positiva ante el trabajo y la vida; A_1 = ansiedad inhibidora del rendimiento; A_2 = ansiedad facilitadora del rendimiento; N = neuroticismo; E = extraversión; S = sinceridad; D-I = disgusto e ira; D-D = desamparo y desconcierto; IMP = Impotencia; D-B = depresión Beck; DZ = depresión Zung; A/R = ansiedad rasgo; A/E = ansiedad estado; LC = locus de control; RI = autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo; RII = sobreesfuerzo personal y actitud de elite; RIII = principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber.

Diferencias intergrupo mediante la *t* de Student

El objetivo de la prueba es el investigar si las diferencias entre las muestras observadas en el anterior análisis son significativas en cada escala.

En los datos obtenidos (cuadro 2) se observa globalmente que las puntuaciones del grupo experimental son superiores al de control. Estas diferencias entre las dos muestras confirman los resultados anteriormente señalados. Sin embargo, no cumplen esta tendencia las escalas M3 (Autoexigencia y auto-estima), Extraversión y Sinceridad, donde los sujetos controles obtienen puntuaciones más elevadas que el experimental, confirmando los resultados anteriores. De estas escalas, sólo Sinceridad alcan-

CUADRO 2

Diferencias t *en puntuaciones totales entre grupo experimental y grupo de control*

Escalas	t	Nivel de significación, 0,05
V. Vulnerabilidad		
Des-Des	−1,638	No significativa
D-Ira	−1,863	No significativa
Impot	−1,386	No significativa
V. Psicopatología		
D-Beck	−2,718	Significativa < 1 por 100
D-Zung	−1,853	No significativa
A/Rasgo	−2,008	Significativa
A/Estado	−1,300	No significativa
V. Personalidad		
Neuro.	−3,734	Significativa < 1 por 100
Extrav.	1,432	No significativa
Sincer.	4,619	Significativa < 1 por 100
M1	−0,180	No significativa
M2	−2,651	Significativa < 1 por 100
M3	0,883	No significativa
M4	−2,838	Significativa < 1 por 100
A1	−0,957	No significativa
A2	−2,594	Significativa
Locus C.	−0,611	No significativa
RI	−2,784	Significativa < 1 por 100
RII	−4,027	Significativa < 1 por 100
RIII	−2	Significativa < 1 por 100

Las diferencias se han hallado en todos los casos con la puntuación del grupo control en primer lugar.

za el nivel de significación del 1 por 100; en las otras dos, las diferencias con el grupo experimental no son significativas. Estas puntuaciones podrían indicar que los sujetos de este grupo presentan un nivel de exigencia en sus recursos superior al experimental, así como una mayor capacidad de expresar emociones. También informan de una mayor dependencia del exterior ante las exigencias del medio, así como dificultad en expresar sus inquietudes. Ambos aspectos están reforzados por actitudes sociales y culturales ante el cáncer, planteando de esta forma la posible incidencia del componente social en la vivencia de la enfermedad.

Las puntuaciones en el resto de las escalas son más elevadas en el grupo experimental. Las diferencias a nivel de significación de 1 por 100 son las más abundantes y se centran en las escalas que estudian la variable Personalidad. Así, las escalas de M2 (Motivación positiva para el trabajo y la vida), Neuroticismo y las tres escalas de Rigidez presentan en dicha variable niveles de significación de 1 por 100, haciéndolo en la variable Psicopatología la escala de Depresión de Beck.

Por otro lado, las escalas A2 (Ansiedad facilitadora) en la variable Personalidad y Ansiedad Rasgo en la variable de Psicopatología, tienen un nivel de significación del 5 por 100. Estas puntuaciones apoyan a las anteriores, haciendo más evidente su significado, respecto a las características ansiosas.

Análisis correlacional

Con el fin de conocer cómo correlacionan entre sí las escalas utilizadas, se realizó este tipo de análisis con las puntuaciones totales en ambos grupos. La primera información que se observa (cuadro 3) es que, sobre un total en cada grupo de 190 correlaciones posibles, hay 88 significativas en el grupo experimental y 41 en control, indicando que las escalas en este último grupo correlacionan menos que en el experimental. Señalaremos que no correlacionan significativamente en ninguno de los grupos Extraversión, Sinceridad y Locus de Control, en este tratamiento. Este hecho puede indicar que lo que evalúan estas escalas no tiene relación con las otras, es decir, los aspectos que evalúan son independientes de las otras escalas. También se observa que las escalas de Rigidez sólo correlacionan entre sí, en ambos grupos.

Las escalas que correlacionan mayor número de veces en el grupo experimental corresponden a la variable Vulnerabilidad (Des-Des, Dis-Ira e Impot.), junto con Neuroticismo y Ansiedad inhibidora de la variable Personalidad. La que correlaciona con menor número es Ansiedad Estado, que sólo lo hace con Ansiedad Rasgo. Estas características podrían indicar que en este grupo existe una mayor tendencia a la Vulnerabilidad. Este hecho puede ser la consecuencia de las exigencias médicas, que parecen reducir la capacidad de intervención sobre los acontecimientos, así como la confianza en sus recursos. Todo ello sustentado por una alteración orgánica real. También podría indicar, dado el número variado y alto de correlaciones de estas escalas, que los aspectos que miden están representados en otras escalas. Los dos aspectos enunciados parecen incidir en estos resultados.

En el grupo control, las escalas con mayor número de correlaciones pertenecen a las tres variables y son Desamparo-Desconcierto (7), seguida por Ansiedad inhibidora (A1) (5), Neuroticismo (5) y Depresión de Beck (5). Las que menos correlacionan corresponden a escalas que evalúan la actitud hacia el trabajo (MAE). Por último, las escalas que no correlacionan con ninguna otra significativamente en este grupo y sí lo hacen en el experimental (Impotencia, Ansiedad Rasgo-Estado y Tendencia a la sobrecarga de trabajo (M1)). Como puede observarse, las diferencias con el grupo experimental se centran en las escalas que evalúan la variable Vulnerabilidad y las escalas de ansiedad.

De estos resultados, lo primero que llama la atención es que, en el grupo experimental, intercorrelacionan escalas que no lo habían hecho en el grupo control; éstas son: Impotencia (8), Ansiedad Rasgo (5)-Estado (1) y Tendencia a la sobrecarga de trabajo (2) (M1). Como puede observarse, estas escalas específicas a este grupo pertenecen a las tres variables estudiadas, aunque presentan mayor importancia la Ansiedad en sus dos acepciones e Impotencia. También, estas escalas intentan evaluar la respuesta y efecto que tienen en el sujeto situaciones imprevistas y traumáticas o reacciones ante el estrés. Da-

CUADRO 3

Correlaciones significativas entre las puntuaciones totales de las escalas

Escalas	GE	GC	Específicos GE	Comunes	Específicos GC
V. Vulnerabilidad					
Des-Des	9	7	Imp, A/R	D-B, D-Z, D-I, N, M2, –M3, A1	—
D-Ira	10	4	Imp, D-Z, A/R, M2, M3, M4	D-B, D-D, N, A1	—
Impot	8	—	D-B, D-Z, D-D, D-I, N, M2, M3, A1	—	—
V. Psicopatología					
D-Beck	6	5	Impot.	D-Z, D-D, D-I, N, A1	—
D-Zung	5	4	Impot, D-I	D-B, D-D, N	A1
A/Rasgo	5	—	A/E, D-D, D-I, N, A1	—	—
A/Estado	1	—	A/R	—	—
V. Personalidad					
Neuro.	9	5	Impot, A/R, –M3	D-B, D-Z, D-D, D-I, A1	—
Extrav.	—	—	—	—	—
Sincer.	—	—	—	—	—
M1	2	—	M4, A2	—	—
M2	7	2	Impot, D-I, N, M4, A1, A2	D-D, –M3	—
M3	6	1	–Impot, –D-I, –N, –A1	–D-D	—
M4	5	1	D-I, M1, M2, A1	A2	—
A1	9	5	Impot, A/R, M2, –M3, M4	N	
A2	3	1	M1, M2	M4	—
Locus. C	—	—	—	—	—
RI	1	2	—	RII	RIII
RII	2	2	—	RIII, RI	—
RIII	1	2	—	RII	RI
TOTAL	88	41	51	38	4
Total correlaciones: 190					

das las características del grupo experimental, podría indicar que el trauma que produce el cáncer está ligado a los contenidos que estas escalas evalúan, ya que, como se ha dicho, son específicos a este grupo. Este tipo de conclusión será necesario corroborarlo en el análisis factorial que estudiamos a continuación.

Todas estas observaciones permiten decir que existen diferencias entre las escalas que intercorrelacionan en el grupo control y experimental, lo cual indicaría diferencias entre estos grupos a nivel de la variable Vulnerabilidad y respecto a Ansiedad en la variable Psicopatología.

Análisis factorial de las puntuaciones totales de todos los cuestionarios

En el análisis factorial se han extraído los factores utilizando la técnica de Componentes Principales y posterior Rotación Varimax de los mismos para facilitar la interpretación. Los resultados obtenidos señalan la existencia de seis factores en ambos grupos.

El análisis de estos resultados se ha realizado agrupando los factores en función de las variables estudiadas. Para llevar a cabo este tipo de análisis, es necesario tomar como referencia los resultados del grupo control, con el fin de establecer la agrupación de las escalas en una muestra tipo. Este estudio permitirá construir los esquemas referenciales para comprender las características específicas de la muestra experimental. El criterio que se ha tomado para el estudio de los factores es considerar las escalas con mayor peso y que sólo aparezcan en un factor, con el fin de eliminar las contaminaciones de las escalas.

Al observar las escalas que forman los factores en el grupo control se observa (cuadro 4) que los

CUADRO 4

Factorización totales de las escalas. Escalas ordenadas por peso en el factor N = 55

Factores	Grupo experimental (20 escalas)	Grupo control (20 escalas)
1	D-D, Impot, D-B, D-I D-Z, N, A_1, –M_3, M_2, M_1	D-Z, D-B, N, A_1, D-D, D-I
2	A_2, M_4, M_1, M_2	RI, RIII, RII, –S, A_2
3	RII, RIII, RI	M_2, –M_3, D-D, D-I
4	S, E, N	E, M_1, M_4
5	A/E, A/R	A/R, A/E, Impot
6	L-C, RI, M_2	L-C, M_4, Impot
% VE	72,50 por 100	70,25 por 100

factores que están relacionados con aspectos psicopatológicos son el primero y quinto factor, que agrupan las escalas que evalúan la Depresión y Ansiedad. Al considerar las puntuaciones principales de estos dos factores, las escalas implicadas refieren a la variable psicopatológica, aunque no todas ellas describan esta variable.

Las escalas motivacionales, de Rigidez y Locus de Control, que exploran cómo el sujeto se sitúa ante las experiencias de la vida, aparece en los otros factores. Estas escalas se encuentran agrupadas en los factores segundo, tercero, cuarto y sexto, en sus componentes de mayor peso dentro del factor. Estas agrupaciones indican una correspondencia con la variable de Personalidad. Hay que señalar que las tres escalas que evalúan el nivel de vulnerabilidad no presentan un peso importante dentro de ningún factor, y se encuentran diseminadas en los resultados que presenta este análisis. Este hecho les otorga un estatus poco definido y fluctuante, que impide tratarlas con identidad propia, es decir, explicando la variable que las agrupa.

De todo lo expuesto, se puede pensar que la factorización de totales del grupo control agrupa las escalas en dos variables: Psicopatología y Personalidad, estando representadas cada una de ellas por las escalas que se presenta en el cuadro 5.

CUADRO 5

Esquema de la distribución de las escalas en las diferentes variables

	Variable Psicopatología	Variable Personalidad
Grupo control	D-Z, D-B, N, A_1, A/R A/E	RI, RII, RIII, –S, $-M_3$, E, M_1, L-C
Grupo experim.	D-D, Imp, D-B, D-I, D-Z, N, A_1, A/R, A/E	A_2, M_4, RI, RII, RIII, S, E, L-C

Si tomamos estos resultados del grupo control como patrón del funcionamiento, para comprender la agrupación factorial del grupo experimental se pueden observar algunas diferencias entre ambos.

En el cuadro 4, vemos que todas las escalas que se agrupan en el primer factor del grupo control también lo hacen en el grupo experimental. La diferencia se encuentra en las escalas de la variable Vulnerabilidad, que presentan el peso más elevado en este factor.

Esta información indicaría, por un lado, que estas escalas están relacionadas con las de Psicopatología, pudiendo existir una dependencia entre características vulnerables y depresivas-ansiosas. Estos resultados específicos del grupo experimental podrían deberse a la enfermedad grave que padecen, características que indicarían la repercusión de la enfermedad en la integridad del individuo, debilitando las estructuras de la personalidad. Baider (1984) dirá que enfrentarse y manejar vivencias emocionales fuertes reactiva traumas pasados, provocando una gran vulnerabilidad en dichos sujetos. Esta repercusión podría ser debida, por un lado, al cambio que la imagen del cuerpo tiene a través de la mastectomía (Beckmann y cols., 1983; Bayes, 1985; etc.) y, también, a las características propias del cáncer (Gallo, 1977; Ibáñez, 1984a; Tarrier, 1984; etc.), cuya identidad es poco concreta y fantástica, aparece y permanece sin que el sujeto tenga posibilidad de actuar y donde la fantasía de recidiva está siempre presente. Esta amenaza a la vida no emerge como problema central, según Vachon (1982), hasta después del ajuste a la mutilación. Estas observaciones dan sentido a los resultados encontrados y centran también los obtenidos en el análisis correlacional.

Respecto a la variable Personalidad, las diferencias aparecen, en primer lugar, en las escalas motivacionales de la actividad, que en el grupo experimental se centran en la ansiedad facilitadora de la actividad laboral con altas cuotas de autoexigencia. Mientras, en el control, las escalas que aparecen refieren también a autoexigencia laboral, pero estableciendo separación con la vida privada. Otra diferencia se encuentra en la escala Sinceridad, que en ambas muestras presenta un peso altamente significativo en el factor, pero con signos opuestos. Estos resultados podrían indicar una mayor asimilación a las normas sociales en el grupo experimental, mientras en el control fluctuaría entre «acatamiento a las normas vs no acatamiento». Este hecho plantea también un posible efecto de distorsión en las respuestas en este grupo.

De este análisis se observa que las escalas se agrupan alrededor de la variable Psicopatología y Personalidad en ambas muestras. En segundo lugar, las escalas que componen la variable Vulnerabilidad son fluctuantes en el grupo control, mientras en el grupo experimental se asocian con las de Psicopatología, presentando los pesos mayores dentro del primer factor. Estos resultados corroboran los obtenidos en los anteriores análisis. Por último, la escala Neuroticismo adquiere mayor importancia en el grupo experimental. En el grupo control son la Extraversión y Sinceridad las que presentan mayor importancia. Hay que mencionar que el peso de la escala Locus de Control es semejante en ambos grupos, formando por sí sola un factor. En este análisis, al igual que en el correlacional, esta escala no se agrupa con otras escalas, pudiendo indicar que mide aspectos diferentes a las otras escalas.

Análisis discriminante

Se ha aplicado el análisis discriminante (Rommeder, 1973) para determinar qué escalas diferenciaban mejor los grupos experimental y control. Un resumen de los resultados en las diferentes etapas del análisis se muestra en el cuadro 6.

Como puede observarse, sólo las escalas de Sinceridad y Neuroticismo presentan un poder discriminante significativo. Las funciones de clasificación obtenidas son para el grupo experimental:

$$EXPER = -10{,}958 + 0{,}588 * EPIN + 2{,}171 * EPIS$$

CUADRO 6

Resultados en las diferentes etapas del análisis discriminante

Escala	F		
	Etapa = 0	Etapa = 1	Etapa = 2
MAE: M_1	0,03	0,17	0,69
M_2	7,03	6,04	1,12
M_3	0,78	1,71	0,01
M_4	8,06	5,13	1,55
A_1	0,92	1,62	2,84
A_2	6,73	2,86	0,69
EPI: N	13,94	15,37*	—
E	2,05	0,00	0,14
S	21,34*	—	—
DIS-IRA	3,47	3,66	0,12
DES-DES	2,68	1,13	2,41
IMPOT	1,92	2,22	0,08
D-BECK	7,39	5,59	0,18
D-ZUNG	3,43	2,00	0,41
STAI: A/R	4,03	3,10	0,03
A/E	1,69	0,73	0,00
LOCUS CON.	0,37	0,01	0,04
RIGID: RI	7,75	1,19	0,00
RII	16,22	5,88	1,97
RIII	7,41	1,95	0,26
Escala que entra en función discriminante	EPI: S	EPI: N	—

y para el grupo control:

$$CONTR = -12{,}516 + 0{,}416 * EPIN + 2{,}829 * EPIS$$

El uso de estas funciones permite clasificar (cuadro 7) a cada sujeto en uno de los dos grupos considerados, según cuál sea el mayor valor de estas funciones. De este modo se clasifican correctamente el 70,9 por 100 de todos los casos, correspondiendo el 76,4 por 100 al grupo experimental y el 65,5 por 100 al grupo control. Se han clasificado correctamente 42 sujetos del grupo experimental y 13 incorrectamente. Del grupo control se han clasificado 36 sujetos correctamente y 19 incorrectamente. Del total de 110 sujetos, se han clasificado 61 en el grupo experimental y 49 en el control.

En forma canónica, la función de clasificación es:

$$Y = 1{,}293 + 0{,}143 * EPIN - 0{,}547 * EPIS$$

CUADRO 7

Clasificación de los sujetos de la muestra según la función discriminante

Grupo	% clasificación correcta	Casos clasificados	
		Experimental	Control
Experimental	76,4	42	13
Control	65,5	19	36
Total	70,9	61	49

Utilizando esta variable, los sujetos que obtienen una calificación positiva pertenecerían al grupo experimental, y los que la obtienen negativa se clasificarían en el grupo control.

Sobre el significado de las escalas que intervienen en la función discriminante cabe hacer algunos comentarios. Referente a la escala Sinceridad, Gibson (1962) la considera como una escala válida y útil para identificar a los sujetos que tienden a responder en un sentido aceptado socialmente de valorar la sinceridad ante pequeñas transgresiones sociales y morales. Aunque resulta difícil determinar si realmente mide sinceridad o auténtica asimilación de las normas sociales. En cualquier caso, indica un cierto nivel de aceptación de la realidad, no pudiendo determinar si ésta es asumida. Los resultados muestran una mayor adaptación a las normas sociales en el grupo control (percentil 65) que en el experimental (percentil 30), corroborando los resultados del análisis factorial.

Respecto al Neuroticismo, cuando esta escala presenta puntuaciones elevadas (según baremos del test) indicaría labilidad emocional e hiperactividad. También (Eysenck, 1968) observa hipersensibilaidad emocional que está asociada a desórdenes somáticos. Estas características de la personalidad predisponen, ante situaciones de estrés, a que el sujeto manifieste problemas neuróticos. Esto no significa una verdadera predisposición a la depresión neurótica, sino reacción ante un acontecimiento traumático. En el caso de los pacientes de cáncer, Ibáñez (1984b) considera en este sentido que «la Depresión es la respuesta emocional "normal" que el paciente de cáncer debe dar al conocer su diagnóstico» (pág. 100), no siendo por ello patológico, al considerar la enfermedad como objeto provocador de estrés. Los resultados obtenidos (media de la escala) muestran que el grupo experimental presenta puntuaciones más elevadas que el control (percentiles 80 y 50, respectivamente).

Estos resultados contrastan con los obtenidos con la escala Extraversión, cuya puntuación corresponde a la media en ambos grupos.

Los sujetos que presentan (Eysenck y Eysenck, 1968) puntuaciones elevadas en Neuroticismo y bajas en Extraversión sufren desórdenes distímicos, refiriéndose a ansiedad, obsesiones y, sobre todo, depresiones reactivas. Los resultados obtenidos apuntarían a una interpretación en este sentido. En la bibliografía, como se ha visto, aparecen dos posiciones encontradas respecto a la depresión en pacientes con cáncer de mama, considerándola unos autores como estrucutral y otros como reactiva (Brand, 1978; Ibáñez, 1984b; Tarrier, 1984). Los resultados obtenidos apuntarían más bien hacia una depresión reactiva.

Conclusiones

Las principales conclusiones que se extraen del estudio realizado indican que la enfermedad induce ciertas características de personalidad, anteriormen-

te enunciadas en la bibliografía, como son ansiedad y preocupaciones orgánicas (Derogatis, 1983; Kaufman, 1984; Forner, 1985). Hay que señalar que Impotencia es la escala que más correlaciona con otras dentro de un mismo grupo, lo que indicaría que la característica que mide no es muy específica. Las escalas Extraversión, Sinceridad y Locus de Control no correlacionan con ninguna otra, indicando que miden aspectos específicos de la personalidad, que no guardan relación con las otras escalas.

En el análisis factorial de totales se observa que las escalas se agrupan, en ambos grupos, principalmente alrededor de las variables Psicopatología y de Personalidad. Así como la variable Vulnerabilidad se asocia a la de Psicopatología, en el grupo experimental, pudiéndose pensar que existe una cierta relación entre las escalas que miden ambas variables. Las diferencias que aparecen entre los dos grupos se centran en las tres escalas de Vulnerabilidad. Esto indicaría que en el grupo experimental guarda relación con características de Psicopatología o que los aspectos que miden ambas variables están muy próximos.

Estos resultados muestran la existencia de diferencias entre las dos muestras, confirmando de este modo una de las hipótesis que se formuló al respecto. Diferentes autores consideran como efecto característico de la mastectomía los sentimientos de desesperanza y desamparo (Meyerowitz, 1983; Kaufman, 1984; etc.) frente a la amenaza de muerte y nueva imagen del cuerpo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en este trabajo.

Referente a la variable Psicopatología, se observa que sólo las escalas de Depresión Beck y Ansiedad Estado son específicas de la muestra experimental. El contenido está relacionado con desórdenes orgánicos y ansiedad provocada por acontecimientos externos. Todo parece indicar que la ansiedad tiene sus causas en las preocupaciones orgánicas y también con aspectos psíquicos caracterizados por cierto abatimiento y desconfianza en sí mismo. Estos resultados indicarían que la enfermedad es el origen de características psicopatológicas, no apareciendo síndromes depresivos, lo cual contradice algunos estudios de la bibliografía (Jansen, 1984; Endicott, 1984; etc.). Los resultados obtenidos hacen pensar que tal vez no se trate de una estructura depresiva de la personalidad, sino más bien una reacción a los trastornos provocados por la enfermedad.

Las diferencias observadas en las escalas englobadas dentro de la variable Personalidad muestran que las diferencias entre grupo experimental y control se encuentran centradas en aspectos relacionados con actitudes hacia la vida cotidiana y laboral. Sin embargo, no es posible observar diferencias que permitan deducir estructuras de personalidad diferentes entre los grupos o, como mínimo, no aparecen claramente. En la bibliografía, unos autores se decantan por la existencia de una personalidad característica de estos enfermos (Locke, 1982; Jansen, 1984), mientras que otros no (Endicott, 1984; Ibáñez, 1984a). Ante estas circunstancias cabe pensar en la existencia de características provocadas por la enfermedad y en una interacción del paciente con su medio, cuya finalidad sería el ajuste a las exigencias de la nueva situación.

El análisis Discriminante, utilizando las puntuaciones totales en todas las escalas, muestra que Sinceridad y Neuroticismo son las escalas que mejor permiten diferenciar el grupo experimental y control. En el grupo experimental, la escala Neuroticismo puntúa generalmente alto, mientras que Sinceridad lo hace a un nivel normal. La otra escala de este cuestionario (EPI) Extraversión puntúa bajo. Estos resultados confirman los obtenidos al analizar la variable Personalidad e indicarían una personalidad hipersensible y con labilidad emocional. Según el autor del cuestionario (Eysenck, 1968), estas características de la personalidad son el terreno favorable para que, en situación de estrés, la persona desarrolle problemas neuróticos o, más concretamente, depresiones reactivas fruto de la situación que está viviendo.

Todas estas informaciones indican que la mastectomía exige, de la persona que la padece, integrar una nueva situación y, por tanto, elaborar nuevos recursos que le permitan ajustarse a ella. Esto es lo que parecen medir las escalas utilizadas y no características propias de personalidad anterior a la enfermedad.

Referencias

Andersen, B. L.; Karlson, J. A.; Anderson, B., y Tewfik, H. H. (1984): Anxiety and cancer treatment, *Health Psychology, 3*, 6, 535-551.

Asken, M. J. (1975): Psychoemotional aspects of mastectomy: a review of recent literature, *American Journal of Psychology, 132*, 1, 56-59.

Bahnson, C. B. (1977): Cuestiones psicológicas y emocionales en cáncer: asistencia psicoterapéutica del paciente canceroso, *Seminarios de oncología. Goepp-Hammond. Terapia de apoyo al paciente canceroso*, 9-35.

Baider, L., y Sarrell, M. (1982): Research report on the validation of a social psychological instrument for the early illness identification of cancer patiens with low coping potential, *Manuscrito*, Comunicación personal.

Baider, L. (1984): Coping with cancer among holocaust survivers in Israel: An exploration study, *Journal of Human Stress, 10*, 3, 121-129.

Bammer, K., y Newberry, B. H. (1981): *Stress and Cancer*, Toronto, C. S. Hogrefe Inc.

Bard, M. (1952): The sequence of emotional reactions in radical mastectomy patients, *Public Healtd Reports, 67*, 1144-1148.

Barreto, P. (1984): *Factores psicológicos en el cáncer de mama*, Universidad de Valencia, Tesis doctoral.

Bayés, R. (1985): *Psicología oncológica*, Barcelona, Martínez Roca.

Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J., y Erbangh, J. (1961): An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Beckmann, J.; Johansen, L.; Richard, T. C., y Blichert, M. (1983): Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer, *Danish Medical Bulletin, 30*, 2, 10-13.

Brand, P. C., y Keep, R. A. van (1978): *Breast Cancer, Psychosocial Aspects of Early Detection and Treatment: A Workshop Meeting Report*, Lancaster, MTP.

Bransfield, D. D. (1983): Breast cancer and sexual functioning: a review of the literature and implications for future research, *International Journal of Psychiatry in Medecine, 12*, 3, 197-211.
Brantner, J. (1975): La enfermedad que hace peligrar la vida como crisis manejable. En B. Kennedy: *Seminarios de oncología. Cáncer de mama*, Ed. Médica Panamericana.
Cobliner, W. G. (1977): Psychosocial factors in ginecological or breast malignancies, *Hospital Physician, 10*, 38-40.
Craig, T. J.; Comstock, G. W., y Geiser, P. B. (1974): The quality of survival in breast cancer: a case-control composition, *Cancer, 33*, 5, 1451-1457.
Dattore, P.; Showtz, F., y Coyne, L. (1980): Premorbid personality differentiation of cancer and non cancer growth, *Clinical Psychology, 48*, 388-394.
Davies, R. K.; Donald, M.; Quinland, F.; Mc Kegney, P., y Kimball, Ch. (1973): Organic factors and psychological adjustement in advanced cancer patients, *Psychosomatic Medecine, 35*, 6, 465-471.
Derogatis, L. R.; Abeloff, M. D., y Melisaratos, N. (1979): Psychological coping mecanims and survival time in metastatic breast cancer, *Journal of the American Medical Association, 242*, 14, 1504-1508.
Derogatis, L. R. (1983): The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *Journal of the American Medical Association, M. A., 29*, 6, 751-757.
Dodd, M. J. (1984): Self care for patients with breast cancer to prevent side efects of chemotherapy: a concern for public health nursing, *Public Health Nursing, 1*, 4, 202-209.
Endicott, J. (1984): Measurement of depression in patients with cancer, *Cancer, 53*, 10, 2243-2249.
Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1968): *Personality Structure and Measurement*, San Diego, Knapp.
Forner, E. (1985): Sistema de valores. Su incidencia en el estilo de vida de pacientes cancerosos, *Boletín de Psicología, 6*, 121-127.
Frank, S. J. (1978a). Personality correlates of breast cancer: An exploration of extraversion-introversion in women who have had breast cancer, *Dissertation Abstracts International, 38*, 10-B, 5013-5014.
Frank, D. (1978b): Mastectomy and sexual behavior: A pilot study, *Sexuality and Disability, 1*, 1, 16-26.
Freidenberg, I.; Gordon, W.; Hibbard, M.; Levin, L.; Wolf, C., y Diller, L. (1981-82): Psychological aspects of living with cancer: A review of the literature, *International Journal of Psychiatry in Medecine, 11*, 4, 303-329.
Gallo, F. T. (1977): Counselling the breast cancer patient and her family, *Family Therapy, 4*, 3, 247-253.
Gibson, H. B. (1962): The lie scale of the Maudsley Personality Inventory, *Acta Psychologica, 20*, 18-23.
Golden, H. P. (1982): Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience, *Social Sciences Medecine, 16*, 483-491.
Greer, S. (1983): Cancer and the mind, *British Journal of Psychiatry, 143*, 535-543.
Hernini, B.; Vedelago, F.; Guillon, C., y Lagarde, C. (1978): Aspects socio-psychologiques de l'hopitalisation et du traitement dans un centre anticancereux de femmes atteintes de cancer de sein, *Psychologie et cancer*, Paris, Masson, 25-27.
Holland, J. C., y Mastrovito, R. (1980): Psychologic adaptation to breast cancer, *Cancer, 46*, 1045-1052.
Ibáñez, E. (1984a): Depresión y Cáncer. Primeras Jornadas de Psicología Oncológica, Barcelona, abril.
Ibáñez, E. (1984b): Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y estrés, *Boletín de Psicología, 4*, 99-117.
Jansen, M. A., y Muenz, L. R. (1984): A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast, *Journal of Psychosomatic Research, 28*, 1, 35-42.
Katz, J. L. (1970): Psychoendocrine aspects of cancer of the breast, *Psychosomatic Medecine, 32*, 1, 1-18.
Kaufman, A. E. (1984): Hacia una tipología de actitudes del enfermo con cáncer, *Neoplasia, 1*, 3, 102-107.
Lansky, S. B.; List, M. A.; Herrmann, A., y Hokin, E. (1985): Absence of major depressive disorder in female cancer patients, *Journal of Clinical Oncology, 3*, 11, 1553-1560.
Lee, E. C. G., y Maguire, G. P. (1975): Emotional distress in patients attending a breast clinic, *British Journal of Surgery, 62*, 162-168.
Leshan, L. (1966): An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease, *Annals of the New York Academy of Sciences, 125*, 780-793.
Locke, S. E. (1982): Stress, adaptation and inmunity, *General Hospital Psychiatry, 4*, 49-58.
Maguire, P. (1975): The psychosocial and social consequences of breast cancer, *Nursing Mirror, 140*, 14, 54-57.
Maguire, P. (1984): The recognition and treatment of affective disorder in cancer patients, *International Review of Applied Psychology, 33*, 4, 479-493.
Markel, W. M. (1971): The American Cancer Society's program for the rehabilitation of the breast cancer patient, *Cancer, 28*, 6, 1676-1678.
Margalis, G. J., y Goodman, R. L. (1983): Psychological adjustement in the mastectomy patient. En D. Higby 1: *Supportive Care in Cancer Therapy*, Boston, Maritimus Nijhoff Publishers.
Messerly, M.; Garnmandi, C., y Rammaci, J. (1980): Breast cancer: Information as a technique of crisis intervention, *American Journal Orthopsychiatry, 50*, 4, 728-731.
Meyerowitz, B. E.(1981): The impact of mastectomy on the lives of women, *Professional Psychology, 12*, 1, 118-127.
Meyerowitz, B. E. (1983): Postmastectomy coping strategies and quality of life, *Health Psychology, 2*, 2, 117-132.
Niemi, T., y Jääskelainen, J. (1977): Cancer morbidity in depresive persons, *Journal of Psychosomatic Research, 22*, 117-120.
Pasini, W. (1982): Therapies Psychologiques après mastectomie, *Psychologie Medicale, 14*, 8, 1233-1236.
Pelechano, V. (1975b): Cuestionario MAE: Motivación y ansiedad de ejecución, Madrid, Fraser Española.
Pujol, H.; Pouget, R., y De Bernis, M. N. (1978): Étude de la personnalité et du comportement de jeunnes operées pour un cancer du sein, *Senologie, 3*, 35-38.
Robbins, G. F. (1971): Rehabilitation of the breast cancer patient: Introducing remarks, *Cancer, 28*, 1659-1662.
Roberts, M. M.; French, K., y Duffy, J. (1984): Breast cancer and breast self-examination: what do Scottish women know?, *Social Science and Medecine, 18*, 9, 791-797.
Rommeder, J. M. (1973): *Méthodes et programmes d'analyse discriminante*, Paris, Dunod.
Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement, *Psychological Monografs, 80*, núm. 609, Completo.
Sarell, M.; Baider, L., y Edelstein, E. (1983): A judgement measure of coping with cancer and its social psychological and medical correlates: An exploratory study of Israeli patients, *Israel Journal Psychyatry Relating Sciences, 20, 3*, 241-253.
Sarlandie, J. (1976): Sein et sexualité, *Senologie, 1*, 4, 57-61.
Silberfarb, P. M. (1978): Psychiatric themes in the rehabilitation of mastectomy patients, *International Journal of Psychiatry in Medecine, 8*, 2, 159-167.

Speer, T. K. (1985): Motivacional deficit in depressed cancer patients, *Journal of Clinical Psychology, 41*, 2, 139-144.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970): *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*, Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982): *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*, Madrid, TEA.

Stoll, B. A. (1977): Lyon, J. S. Management of psychological problems in breast cancer. En *Breast Cancer Management. Early and Late*, London, William Helnemann Medical Books Ltd.

Stone, G. C.; Cohen, F., y Adler, N. E. (1982): *Health Psychology*, Washington, Jossey-Bass Publishers.

Taylor, S. E. (1977): Quackery and unproven methods, *Symposium on Coping with Cancer.*

Tarrier, N., y Maguire, P. (1984): Tratamiento del desajuste emocional psicológico tras la mastectomía: una descripción inicial, *Behavior Research Therapy, 22*, 1, 81-83.

Tarrier, N. (1984): Coping after a mastectomy, *Nursing Mirror, 158*, 2, 29-30.

Vachon, M. L. S.; Lyall, W. A. L.; Mogers, J.; Cochrane, J., y Freeman, S. J. J. (1982): The affectiveness of psychosocial support during post-surgical treatment of breast cancer, *International Journal of Psychiatry in Medecine, 11*, 4, 365-372.

Weisman, A. D. (1976): Early diagnosis of vulnerability in cancer patients, *American Journal of the Medical Sciences, 271*, 2, 187-193.

Welljsh, D. K.; Jamison, K. R., y Pasnam, R. O. (1978): Psychosocial aspects of mastectomy: II, The man's perspective, *Amer. Journal of Psychiatry, 135*, 5, 543-548.

Worden, J. W., y Sobel, H. J. (1978): Ego strength and psychosocial adaptation to cancer, *Psychosomatic Medecine, 40*, 8, 585-592.

Zung, W. W. K. (1965): A self-ratingdepression scale, *Archives of General Psychiatry, 12*, 63-70.

Zysman, H., y Schramb, S. (1978): Image du corps et vérité chez les cancéreux, *Psychologie et cancer*, New York, Masson.