

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA Y SUS PAREJAS,
PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE CANCEROLOGIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA CIUDAD DE NEIVA

ESTEFANIA TRUJILLO CERQUERA
NORMA CONSTANZA LOPEZ FIERRO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA- HUILA
2012

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA Y SUS PAREJAS,
PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE CANCEROLOGIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA CIUDAD DE NEIVA

ESTEFANIA TRUJILLO CERQUERA
NORMA CONSTANZA LOPEZ FIERRO

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicóloga.

Asesora
PS. ROSMARY GARZÓN GONZALES
Candidata a Magíster en Salud Sexual y Reproductiva.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA- HUILA
2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios, por colmarme de bendiciones, sabiduría y paciencia en cada una de las etapas de mi vida.

A mis padres, Lucila y Luis Alfonso y a mi hermano Luis David, por ser fuente de fortaleza, apoyo emocional, económico, perseverancia, constancia y amor, sin los cuales no hubiese sido capaz de avanzar satisfactoriamente en cada paso de mi formación humana y profesional.

A mi abuela LUCILA (que aunque ya no está físicamente en este mundo siempre estará presente en mi corazón y mente), la cual me enseñó el valor de la disciplina y responsabilidad y me brindo su cariño incondicional.

A mis profesores, amigos y a todas aquellas personas que aportaron en mi proceso de formación profesional.

Estefanía

A Dios, porque en su infinita misericordia y amor hacia mí, me brindo siempre todo lo necesario para alcanzar este sueño.

Igualmente a mí dedicada familia, fuente de apoyo, compañía, servicio, y aliento, encontrando siempre un soporte incondicional cada vez que por algún motivo, dudaba o pensaba en desfallecer.

A mi esposo que confió y alentó siempre mi propósito, sacrificando generosamente nuestro tiempo, pero esencialmente este logro se lo dedico a mi amada hija Mariana, fuente de luz y alegría en mi vida, quien me acompañó durante este proceso más que nadie.

Gracias hija mía por regalarme tu valioso tiempo para alcanzar mi propósito profesional.

Norma Constanza

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Al Doctor DAGOBERTO SANTOFIMIO SIERRA, Jefe de Epidemiología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

A la Dra. ELCY ROCIO NARVAES VARGAS, Coordinadora de la Unidad de Cancerología de este mismo ente hospitalario, por permitirnos acceder a la población estudiada.

A todas aquellas parejas que nos abrieron las puertas de sus vidas tras el paso del cáncer de mama y nos hicieron partícipes de esta experiencia.

A la psicóloga ROSMARY GARZON GONZALES por su servicio como asesora.

Al psicólogo MARIO EDUARDO CLAVIJO BOLIVAR, Jefe de Programa de Psicología por su colaboración y esmero en la culminación de esta etapa de nuestras vidas.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. ANTECEDENTES	20
2.1 A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL	21
2.2 A NIVEL REGIONAL	24
3. JUSTIFICACION	26
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GENERAL	29
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
5. MARCO TEORICO	30
5.1 BIENESTAR	30
5.2 BIENESTAR SUBJETIVO	33
5.3 BIENESTAR PSICOLOGICO	33
5.4 CÁNCER	35
5.4.1 Causas del cáncer	37
5.4.2 Síntomas	37
5.4.3 Signos y exámenes	38
5.4.4 Tratamiento	38
5.5 CANCER DE MAMA	39
5.5.1 Factores de riesgo	39
5.5.2 Síntomas	40
5.5.3 Diagnóstico	40
5.5.4 Tratamiento	41
5.6 CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL CANCER	41
5.7 PAREJA	43

		Pág.
5.7.1	Pareja y enfermedad	43
6.	METODOLOGIA	46
6.1	ENFOQUE	46
6.2	TIPO DE ESTUDIO	46
6.3	POBLACION	46
6.4	MUESTREO	47
6.5	TIPO DE MUESTREO	47
6.6	CRITERIOS DE INCLUSION	47
6.7	CRITERIOS DE EXCLUSION	48
6.8	VARIABLES DEL ESTUDIO	48
6.9	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	48
6.10	TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49
6.10.1	Calificación	51
6.10.2	Procedimientos de recolección y Sistematización de la Información	52
6.11	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	54
6.11.1	Validez	54
6.11.2	Informe prueba piloto	54
6.12	CONFIABILIDAD	55
7.	ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	57
8.	RESULTADOS	58
9.	DISCUSION	69
10.	CONCLUSIONES	75
11.	RECOMENDACIONES	77

	Pág.
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	86

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Distribución de las características socio demográficas de la mujer con cáncer de mama y su pareja	58
Tabla 2	Frecuencia del bienestar psicológico alto, medio y bajo arrojado por los sujetos de la muestra	59
Tabla 3	Distribución de las dimensiones del Bienestar Psicológico	60
Tabla 4	Shapiro- Wilk, distribución normal de las dimensiones del Bienestar Psicológico	60
Tabla 5	U de Mann-Whitney, Correlación entre las dimensiones y el género	61
Tabla 6	H de Kruskal-Wallis, Correlación entre las dimensiones del Bienestar Psicológico y la edad	61
Tabla 7	U de Mann-Whitney, Correlación de las dimensiones del Bienestar y el estado civil de la muestra	62
Tabla 8	H de Kruskal-Wallis, Correlación entre las dimensiones del Bienestar Psicológico y el estrato socioeconómico	63
Tabla 9	H de Kruskal-Wallis Correlación de las dimensiones del Bienestar y la ocupación	64
Tabla 10	H de Kruskal-Wallis, Correlación de las dimensiones del bienestar psicológico y la escolaridad	65
Tabla 11	H de Kruskal-Wallis, Correlación de las escalas del Bienestar y el tiempo de convivencia	66

		Pág.
Tabla 12	H de Kruskal-Wallis Correlación de las dimensiones del Bienestar y el tipo de tratamiento	67
Tabla 13	H de Kruskal-Wallis, Correlación de las dimensiones del Bienestar Psicológico y el estadio del cáncer de mama	68

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Datos Sociodemográficos	87
Anexo B	Test sobre bienestar psicológico	88
Anexo C	Operacionalización de variables	92
Anexo D	Prueba piloto	95
Anexo E	Consentimiento informado	101
Anexo F	Tablas complementarias	103

RESUMEN

En la presente investigación se estableció como objetivo general describir el bienestar psicológico de las mujeres con cáncer de mama y sus parejas, utilizando como base el Test de Bienestar Psicológico de Carol Ryff; compuesto por seis dimensiones (autonomía, relaciones positivas con otros, autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal).

El estudio se desarrollo por medio de un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, el cual utilizó como población las personas vinculadas a la unidad de cancerología de la ciudad de Neiva. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual estuvo conformado por 20 parejas entre los 25 y 65 años de edad.

En una primera instancia se aplicó una prueba piloto a personas escogidas al azar, que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en la investigación con su respectivo consentimiento informado. Posteriormente, se realizó dicha prueba de manera individual a las parejas participantes del estudio, en sus correspondientes residencias, manteniendo las condiciones éticas requeridas para una adecuada aplicación. Consecutivamente, Los datos que se obtuvieron, se digitaron en el programa SPSS versión 17.0. Una vez concluido este proceso, se procedió al análisis y su consecuente discusión de resultados. Finalmente, se plasmaron las conclusiones y recomendaciones del trabajo de grado.

Los resultados obtenidos en cuanto a las dimensiones del bienestar psicológico (auto aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal), fueron favorables con un adecuado bienestar psicológico de la muestra, no se encontraron niveles bajos en ninguna de las dimensiones; por el contrario indicaron promedios altos en este test.

Igualmente se encontraron en las variables socio demográficas relaciones significativas, tales como: estrato socioeconómico con relaciones positivas con otros- autonomía- crecimiento personal; edad con autonomía y finalmente escolaridad con relaciones positivas con otros.

Palabras claves. Bienestar Psicológico, Cáncer de Mama, Pareja

ABSTRACT

In the present investigation was established as a general objective to describe the psychological well-being of women with breast cancer and their partners, using as a basis of test Carol Ryff Psychological Well-Being, composed of six dimensions (autonomy, positive relations with others, self-acceptance, environmental mastery, purpose in life and personal growth).

The study was developed by a descriptive quantitative approach, which used population as persons working with the oncology unit of the city of Neiva. We used a convenience non-probability sampling, which consisted of 20 couples between 25 and 65 years old.

In a first pilot test was applied to randomly selected people, who met the inclusion criteria established for the investigation with its own consent. Subsequently, we performed the test individually couples study participants, in their respective residences, maintaining the ethical conditions required for proper application. Consecutively, The data obtained are digitaron in SPSS version 17.0. Once this process, we proceeded to the analysis and their subsequent discussion of results. Finally, captured the conclusions and recommendations of the grade.

The results obtained in terms of dimensions of psychological well-being (self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life and personal growth), were favorable with adequate psychological wellbeing of the sample, we found levels low in any of the dimensions, on the contrary high average indicated in this test.

Also found in socio-demographic variables significant relationships, such as socioeconomic status with positive relationships with others, autonomy, personal growth, autonomy, and finally age schooling with positive relationships with others.

Keywords. Psychological Well, Breast Cancer, Family.

INTRODUCCION

Tradicionalmente la praxis psicológica se ha enfocado en el estudio de los aspectos negativos que afectan al ser humano, como respuesta a la necesidad de dar solución inmediata a los problemas predominantes que le aquejan, asumiendo con ello un enfoque médico-psicopatológico en la atención de la salud mental. Esto ha llevado a la necesidad de ampliar los componentes temáticos de esta profesión, para abordar desde perspectivas más afables las distintas demandas que ha diario debe afrontar el psicólogo, principalmente las que respectan al bienestar y la calidad de vida¹.

Lo anterior ha dado como resultado un nuevo paradigma: la psicología positiva, la cual hace énfasis en los procesos psicológicos asociados con el sano funcionamiento, donde el sujeto es regulador, mediador y motivador del bienestar de sí mismo. Este nuevo enfoque ha permitido definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano, explorando los elementos positivos como las fortalezas y emociones, las cuales amplían las áreas de investigación en los distintos campos de acción de la psicología.

Desde esta perspectiva, el bienestar psicológico se ha centrado en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del buen funcionamiento. Con relación a ello Ryff (1995) comenta que se trata de “un esfuerzo por perfeccionarse y alcanzar la realización del propio potencial, sobreponiéndose a las diversas adversidades”².

Las enfermedades crónicas son sin duda una de las problemáticas que afectan en mayor medida el bienestar físico y mental de quien la vivencia, trayendo así la necesidad de brindarles herramientas desde el área de la salud que les permita menguar los distintos efectos ocasionados por el deterioro propio del padecimiento.

¹ ROMERO CARRASCO Alicia E., *et. al.* Estado Del Arte, y perspectiva actual del concepto de Bienestar Psicológico En Psicología del Deporte; EN Revista Latinoamericana de Psicología | Volumen 41 | Nº 2 | p. 335-347 | 2009

² *Ibíd.*, p. 11 .

Dentro de las principales enfermedades crónicas existentes se encuentra el cáncer, patología que puede atacar cualquier parte del cuerpo. Las mujeres son principalmente afectadas por el cáncer de mama, que es “el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario y que se ha convertido en la principal causa de mortalidad femenina en la sociedad occidental y es el tipo de cáncer con mayor morbilidad en el continente europeo”^{3 4}.

Dado el impacto que ocasiona sobrellevar este tipo de patología, es común que quien la soporta vivencie desajustes emocionales que conlleven a la disminución del bienestar psicológico, hecho que también se extiende al círculo social más cercano. Tal eventualidad tiene repercusiones en el éxito del tratamiento médico al que se vea expuesto el paciente ya que el círculo social representa una herramienta de vital importancia para alcanzarlo, sin embargo su inestabilidad se verá reflejada en el apoyo y trato que brinde al enfermo.

Por lo anterior, en la presente investigación se planteo evaluar el bienestar psicológico de las mujeres, cuando éstas presentan cáncer de mama y sus parejas, a través del instrumento de escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, a fin de brindar una mirada objetiva sobre la problemática, a través de las seis dimensiones que propone la autora del instrumento: Auto aceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal. Para obtener una mejor comprensión de la capacidad de desarrollo y potencial de las mujeres con cáncer de mama y sus parejas pertenecientes a la Unidad de Cancerología.

³ MEDLINEPLUS, Enciclopedia medica en español. Mama o seno femenino. A.D.A.M, Quality. 1997-2007.

⁴ CANCER DE MAMA, Tomado de <http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres, tanto en países desarrollados, como en países en vía de desarrollo. Su incidencia está aumentando y de acuerdo a lo que establecen algunas investigaciones, este incrementó en un 100% en las dos últimas décadas⁵.

Organizaciones como la OMS advierten que para el 2030 esta enfermedad puede haberse constituido como primera causa de muerte femenina. Pues las cifras evidencian tasas de hasta 99,4 casos por cada 100.000 mujeres en el planeta, con un incremento anual del 3,1%. La letalidad de la enfermedad se ve reforzada por factores como la pobreza, los malos hábitos alimenticios y el incremento de la expectativa de vida.

En América latina entre el 2002 y 2007 se presentaron 113.682 diagnósticos de tumores cancerígenos mamarios, de los cuales el 12% ocasionó la muerte de quien lo padecía, convirtiéndose en la primera causa de morbilidad femenina por cáncer en la región. Colombia por su parte ocupa el treceavo lugar en lo que respecta a números de casos y muerte por cáncer de mama en esta misma zona, en este país la Liga Contra el Cáncer, entidad encargada de atender el fenómeno, indica que anualmente se realizan alrededor de 6.650 nuevos diagnósticos, de los cuales alrededor de 2.120 terminan en muerte⁶.

Las alarmantes cifras se ven agravadas por la carencia de programas encaminados a la detección temprana y al tratamiento adecuado, e incluso de medidas estructuradas que propendan por la veracidad de los registros. Esto mismo ha motivado la realización de estudios que den cuenta de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las personas afectadas por esta enfermedad, encontrándose que desde el momento del diagnóstico aparecen ideas de negación, pérdida, abatimiento y confusión, generando impactos en la

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer de mama, prevención y control [en línea]. Disponible en <<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>>

⁶ GÓMEZ DANTÉS, Héctor; LEWIS, Sarah; TORRES SÁNCHEZ, Luisa y LÓPEZ CARRILLO, Lizbeth. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad. Versión preliminar 1 Enero 2009

percepción del cuerpo, autoestima, emociones y dominio personal, lo cual da lugar a sentimientos de culpa, ansiedad y desesperación⁷

El cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión y tratamiento, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de su entorno para adaptarse a la enfermedad y aprender estilos de afrontamiento diferentes a los acostumbrados, viéndose afectado su núcleo familiar y social más cercano⁸.

Dentro de las consecuencias psicológicas que aquejan a la mujer cuando padece cáncer de mama, se incluyen frecuentemente ansiedad, depresión, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal, así lo afirman Barbón y Beato⁹. La vida de la paciente entra en una completa inestabilidad produciendo cambios en su estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, y afecta el matrimonio, familia e hijos. Otro de los impactos del diagnóstico se da en el momento de elegir un tratamiento, así como las cargas económicas y dificultades laborales. Al mismo tiempo la estigmatización de la enfermedad en la sociedad y las creencias religiosas influyen en la percepción que tienen las mujeres de su padecimiento, contribuyendo a que estas modifiquen en gran medida su bienestar, creando un impacto psicológico mayor¹⁰.

De igual forma, el núcleo familiar se ve fuertemente afectado por la enfermedad, pues son ellos, quienes deben responder de manera inmediata a las demandas del paciente, las cuales según Goold, Williams y Arnold¹¹, varían dependiendo de la severidad del proceso, del grado de la patología y tipo de tratamiento. Es por esto que la enfermedad no es un agente aislado de quien la padece, si no que se extrapola a los miembros de la familia, incidiendo de manera directa en la pareja,

⁷ VINIEGRAS GARCIA, Carmen Regina Victoria y GONZALES BLANCO, Maritza. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Vol 25/pp. 72-80/2007.

⁸ BAYES Ramón y TORO Josep; PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA. Edit. Martínez Roca, Año 2000.

⁹ VINIEGRAS GARCIA, Carmen Regina Victoria y GONZALES BLANCO, Maritza. Op., cít.

¹⁰ ESTRELLA DURÁ, Jorge. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Universidad de Valencia. Revista de psicología social, 1991, 6 (2) 257-271.

¹¹ GOOLD, WILLIAMS Y ARNOLD. Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos, Citado por BAIDER, Lea. . 2003, Vol. 3, Nº 1, pp. 505-520

quien también pasa por periodos de aceptación del diagnóstico, afrontamiento de este y convivencia con la enfermedad. En esta medida, ante esta nueva situación, muchos casos terminan en divorcios, puesto que no logran adaptarse a esta etapa. En consecuencia, Sharon Manne indica que la buena comunicación con la pareja cumple un importante papel en la adaptación de la mujer a la patología¹², de igual forma existe un modelo que representa la amortiguación del estrés, el cual expresa que las consecuencias adversas de la enfermedad, son disminuidas por el apoyo social recibido¹³.

Pese a lo que anuncia la literatura cuando la mujer presenta cáncer de mama; algunas investigaciones sugieren que estas controlan adecuadamente sus emociones; hasta el punto de no diferenciarse de mujeres sanas en cuanto a indicadores de depresión, logrando así la adaptación a la enfermedad¹⁴.

Estas premisas permiten observar que el bienestar psicológico de ambos miembros en la pareja, contribuirá a disminuir los estresores que desencadenan agentes patógenos e incrementan el riesgo de la enfermedad; además, Carmen Regina Viniegra¹⁵ en su estudio con mujeres con cáncer de mama y bienestar psicológico encontró, que a pesar de las consecuencias adversas de la enfermedad, éstas no conllevan a un bajo bienestar psicológico.

Lo anterior recalca la importancia de indagar por el bienestar psicológico, constructo que se contextualiza dentro de la psicología positiva y está relacionado estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social¹⁶; y se vincula con el desarrollo de las capacidades y el crecimiento

¹² MANNE, Sharon., *et al.*, Couples' Support-Related Communication, Psychological Distress, and Relationship Satisfaction Among Women With Early Stage Breast . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004, Vol. 72, No. 4, 660–670

¹³ CICLO VITAL FAMILIAR. Pareja. [en línea]. [consultado 8 Mar. 2010]. Disponible en <http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf>

¹³ LANDERMAN, GEORGE, CAMPBELL Y BLAZER, 1989. Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos, Citado por BAIDER, Lea. 2003, Vol. 3, Nº 1, pp. 505-520Op.

¹⁴GARCIA-VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria y GONZALES BLANCO, Maritza. Citado por Torrico. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Vol 25/pp. 72-80/2007.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 77.

¹⁶ GARCIA-VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria, GONZÁLEZ BENÍTEZ Idarmis; La Categoría Bienestar Psicológico. Su Relación Con Otras Categorías Sociales: *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(6):586-92

personal. Carol Ryff menciona seis dimensiones que componen el bienestar psicológico: auto aceptación, dominio del entorno, relaciones positivas, autonomía, propósito en la vida y Crecimiento Personal¹⁷.

Dada la relevancia que cumple dentro de la esfera psíquica el bienestar psicológico, es propio concluir que este, está ligado a las perturbaciones que se producen directamente en quien padece cáncer de mama y su pareja. Conforme a ello esta investigación plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el bienestar psicológico que presenta la mujer con cáncer de mama y su pareja, pertenecientes a la Unidad de Cancerología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva?

¹⁷ SCHMUTTE, Pamela S. y RYFF, Carol D. Personality and Well-Being: Reexamining Methods and Meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997. Vol. 73. No. 3, 549-559

2. ANTECEDENTES

El cáncer como ya se ha mencionado, es una de las enfermedades de mayor prevalencia a nivel mundial con 7,6 millones de defunciones, especialmente el cáncer de mama con un 31%, a partir de esta primicia y la magnitud de sus consecuencias físicas, psicológicas, sociales, laborales y afectivas se han realizado variadas investigaciones sobre esta problemática, con el fin de aportar estrategias de prevención y tratamiento para contribuir a la mejora de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama¹⁸.

Por otro lado, la psicología le ha dado una vuelta a las investigaciones sobre las consecuencias negativas de las enfermedades crónicas, enfocando sus estudios en la psicología positiva, la cual hace énfasis en procesos psicológicos asociados con el funcionamiento del sí mismo como regulador, mediador y motivador del bienestar. Dentro de los temas que estudia este nuevo paradigma son el sentido de coherencia, la fortaleza, auto eficacia aprendida, locus de control, capacidad de resistencia (resiliencia), los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad. Sin embargo, tradicionalmente al proceso de la salud mental se accede por el polo negativo, obviamente por la necesidad de dar solución inmediata al problema de la enfermedad y el sufrimiento, predominando en su abordaje un enfoque médico- psicopatológico¹⁹.

A pesar de los estudios referenciados a continuación sobre bienestar, existen todavía vacíos importantes en el tema ya que la psicología de la salud se ha inclinado por el estudio de las consecuencias biopsicosociales; que en el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. Puesto que al revisar la literatura científica en los últimos cien años (1907-2007)²⁰ se encontró un total de 147.095 investigaciones en estrés, depresión y ansiedad y tan solo 7.897 sobre

¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptiva N°297 Febrero de 2012 [en línea]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

¹⁹ ORAMAS VIERA, Arlen; SANTANA LÓPEZ, Vergara Barrenechea; Sandra Adriana. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006;7(1-2):34-9

²⁰ SALANOVA, 2008. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones de la psicología positiva. Anuario de psicología clínica y de la salud, Citado por VASQUEZ, Carmelo, HERVAS, Gonzalo, RAHONA, Juan José y GOMEZ Diego. 5(2009)15-28.

bienestar, disfrute y felicidad. Inclinando la balanza descomunadamente hacia la psicopatología.

Por tal razón, es de relevancia en esta investigación centrar el bienestar psicológico ante una enfermedad crónica como lo es el cáncer de mama y sus efectos, haciendo posible la caracterización del crecimiento y el potencial humano, como indicadores de buen funcionamiento mental de la población estudiada.

2.1 A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

• **Bienestar Psicológico y Cáncer de Mama²¹**. En Cuba se realizó una investigación sobre el bienestar psicológico y el cáncer de mama, donde se encontró que el cáncer a pesar de su cronicidad y efectos en la persona, no es un causante directo de infelicidad, factores como el estadio de la enfermedad, tiempo de sobre vida y los diferentes tratamientos aplicados, así como la personalidad, los recursos individuales y sociales que median para las estrategias de afrontamiento resultante, marcan sin duda una determinada calidad subjetiva de la vida de las pacientes. Concluyendo que las formas de atención sanitaria a los pacientes de cáncer de mama deben incluir elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico.

• **Quality of Couples' Relationship and Adjustment to Metastatic Breast²²**. Esta investigación estuvo conformado por una muestra total de 125 pacientes con cáncer de mama metastásico y una sub muestra de 48 de estos pacientes y sus parejas.

En este estudio, las parejas y las mujeres solteras no se diferenciaban en la perturbación del estado de ánimo cuando los ingresos del hogar se controlaron estadísticamente. Los resultados también mostraron que los pacientes tenían menos dificultades cuando la relación nominal era más alta en cohesión, expresión, conflictos y cuando sus parejas reportaron menos

²¹ GARCIA-VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria; GONZALEZ BLANCO, Maritza. Bienestar Psicológico y Cáncer de mama EN: avances en psicología latinoamericana/ año 2007/ vol. 25

²² GIESE-DAVIS, Janine, et al. Quality of Couples' Relationship and Adjustment. EN: Journal of Family Psychology. 2000, Vol. 14, No. 2, 251-266

alteraciones en el humor. Una posible implicación de estos resultados es que las relaciones en las mujeres que tienen cáncer metastásico, manejan de mejor forma los conflictos con su pareja; además, el alivio de su dolor puede lograrse mejor al centrarse en la relación de pareja en lugar de hacer frente a su persona. De igual forma, en este estudio, se halló que las pacientes con metástasis de cáncer de mama reportan menores trastornos del ánimo, que las mujeres que eran solteras, divorciadas o viudas.

- **Evaluación de la Calidad de Vida y Bienestar Psicológico en Pacientes Posquirúrgicos y con Tratamiento para el Cáncer de Tiroides**²³. En Bogotá, la facultad de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana pionera en investigación sobre bienestar psicológico, realizó un estudio en donde se evaluó la calidad de vida de 75 pacientes posquirúrgicos a los cuales se les aplicó el análisis del Índice de Bienestar Psicológico, encontrándose que el 90% de la población fue clasificado con alto rango positivo, favoreciendo la percepción psicológica después de la cirugía.

Finalmente, se hallaron correlaciones positivas y significantes del 99%, sobresaliendo la correlación entre el IBP y el componente mental demostrando que la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes se afectan en igual medida por una enfermedad de cáncer de tiroides, sin embargo a medida que el tiempo de la cirugía transcurre el grado de adaptación es mayor, mejorando por ende su calidad de vida.

- **Relación entre el bienestar psicológico, las habilidades de afrontamiento y la edad de los sujetos**²⁴. En esta investigación se tuvo en cuenta una muestra de 90 personas entre las que se encontraban 30 adolescentes, 30 jóvenes y 30 adultos, hombres y mujeres que oscilaban entre los 16 y 66 años, residentes en la ciudad de Bogotá. A esta muestra se les aplicó el cuestionario de bienestar psicológico (BIESPS) y posteriormente el de estrategias de afrontamiento según Lazarus Y Folkman. Obteniéndose como resultados una significativa relación entre la edad con el afrontamiento y el bienestar psicológico. En los jóvenes se aprecia

²³ OBISPOS CASTELLANOS, Shirley Alexandra; PERTUZ VERGARA, Maryor ; RIVERA PARADILLA, Yady Karina. Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes posquirúrgicos y con tratamiento de cáncer de tiroides; Pontificia Universidad Javeriana, facultad de Psicología, Bogotá octubre de 2005

²⁴ NUMA BERMÚDEZ, Anna Carolina y SANABRIA, Pablo. Relación entre el bienestar psicológico, las habilidades de afrontamiento y la edad de los sujetos; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, Diciembre de 2007

una relación indirecta con las habilidades de afrontamiento, mientras que en los adultos los resultados fueron más positivos puntuando mayor bienestar psicológico. En cuanto al género, las diferencias no fueron significativas. El nivel de bienestar psicológico establece divergencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo a la edad de los sujetos.

Los jóvenes puntúan mayor índice de Bienestar Psicológico cuando no se centran en los tipos de emociones ni en los tipos de problemas a los que se enfrentan, esto conllevaría a inferir que cuando mantienen ciertos límites frente a las situaciones y sensaciones que éstas les provocan, su sensación de bienestar aumenta. En cuanto a los adultos se evidenció algo muy distinto, ya que el tipo de problema o emoción no parece ser un gran inconveniente a la hora de buscar una solución y sentirse bien con ella, por lo que puntúan un más alto nivel de bienestar, expresan además tener un mayor control de las situaciones, las relaciones con las habilidades de afrontamiento son positivas, siendo capaces de resolver conflictos sin dejar de lado sus emociones, aceptando con facilidad los múltiples aspectos de sí mismos. Concluyendo se puede decir que las emociones son un elemento que marca gran diferencia entre los adolescentes, jóvenes y adultos. Igualmente es importante mencionar que la relación de pareja es un fuerte apoyo cuando situaciones de estrés se presentan, entre las otras actividades que realizan para sentirse tranquilos en momentos difíciles.

• **Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá**²⁵. En este estudio se evaluó la calidad de vida y el bienestar psicológico de pacientes oncológicos con diagnóstico de enfermedad avanzada y que al momento de la evaluación se encontraban en cuidado paliativo en la ciudad de Bogotá. La muestra estuvo constituida por 83 personas mayores de edad de ambos sexos, con diversos tipos de enfermedad oncológica y con diagnóstico de enfermedad avanzada. Los cuestionarios utilizados fueron SF-36, Health Survey (Medical , el Índice de Bienestar Psicológico (The Psychological Well-Being Index; Dupuy, 1984), y para la calidad de Vida en Cuidado Paliativo se utilizó el MacMaster Quality Of Life Scale (MQOL) (Sterkenburg, Woddward y King, 1996), como resultado, se obtuvo que el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes adultos de oncología, en cuidado paliativo, se ve claramente afectada sobre todo cuando hay

²⁵ NOVOA GÓMEZ, Mónica María; CAYCEDO, Claudia; AGUILLÓN, Mónica y SUÁREZ ÁLVAREZ, Raquel Andrea. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana-Bogotá (Colombia) Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N°10, 2008, pp. 177-192

presencia del dolor constante y la sensación de dependencia; El sufrimiento, otro factor observable en los participantes, genera una sensación de amenaza para la autoestima y la vida, ocasiona pérdida de la capacidad de lucha para enfrentar los síntomas o problemas causados por el cáncer.

2.2 A NIVEL REGIONAL

- **Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de pacientes con cáncer de cérvix en la ciudad de Neiva²⁶.** En la universidad Cooperativa De Colombia, en su facultad de psicología se realizó una investigación de tipo descriptivo - correlacional sobre calidad de vida y cáncer de cérvix en la ciudad de Neiva, este estudio analizó cuales son los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de pacientes con dicha patología, para ello utilizaron la entrevista estructurada a 31 pacientes, 24 familiares y 11 profesionales de la salud.

Obteniendo como resultado que la calidad de vida abarca aspectos físico funcionales, psicológicos, sociales y espirituales. Proponiendo como meta lograr una comunidad a través de herramientas fundamentales para promover estilos de vida saludables, equidad y oportunidad en la prestación de servicios, planes y programas de educación, participación comunitaria y búsqueda de cambios individuales, familiares y colectivos.

También se encontraron las siguientes investigaciones relacionadas en la Universidad Surcolombiana:

- **Programa de medicina** se hallaron tres estudios: Caracterización de la población femenina con diagnóstico de cáncer de mama del Hospital Universitario de Neiva²⁷; Caracterización de la población femenina diagnosticada con cáncer de

²⁶ CLEVES DE LOPEZ, Consuelo; NARVAEZ NIETO, Anyulibeth. Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de pacientes con cáncer de cérvix en la ciudad de Neiva; universidad cooperativa de Colombia, facultad de ciencias de la salud, programa de psicología. 2002

²⁷ GUTIÉRREZ ALVAREZ, Angelica María. Caracterización de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de la Unidad de Cancerología del Huila; entre el 1de enero de 2005 hasta 31 de diciembre del 2007

seno y tratada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo - Unidad de Cancerología²⁸ y la Prevalencia del cáncer de mama en Neiva²⁹

- **Programa de Psicología** se encuentran los estudios de: “ Relación de las variables, ansiedad y depresión con calidad de vida en pacientes en tratamiento para el cáncer gástrico de la unidad de cancerología³⁰; Características socio demográficas, síntomas depresivos y ansiosos de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos en tratamiento ubicados en la unidad de cancerología (2006)³¹ y Narrativas de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer cérvico- uterino, que consultan la liga en edades entre 40 y 50 años (2006)³².

A partir de los antecedentes expuestos anteriormente, es pertinente investigar sobre el bienestar psicológico en las mujeres con cáncer de mama y su conyugue en el proceso de enfermedad- cura debido al vacío teórico existente en la región.

²⁸ RODRÍGUEZ CANAVAL, Rocio; ROMERO ANDRADE, Andrés Felipe y VEGA VARGAS, Edwin Alberto. Caracterización de la población femenina diagnosticada con cáncer de seno y tratada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo - Unidad de cancerología .2006

²⁹ CERON CHARRY, Tatiana; SERRATO VILLALBA, Tomas y RODRIGUEZ, Gustavo E. Prevalencia de cáncer de mama en el Hospital General de Neiva 1980-1996

³⁰ ARTUNDUAGA RODRÍGUEZ, Andry Yisseth, RODRÍGUEZ, Edna Tatiana y BUSTOS GAONA, Isnelda Hernández Rey. Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para cáncer gástrico de la unidad de Cancerología de Neiva 2007-2008

³¹ VALLEJO BRAVO, Germán Darío y RONCANCIO OCAMPO, Vanessa. Características socio demográficas, síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos en tratamiento; ubicados en la Unidad de Cancerología de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva

³² COLLAZOS TOVAR, Luz Adriana. Narrativas de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer cérvico uterino que consultan a la Liga de Lucha Contra el Cáncer sede Neiva, con edades entre 40-50 años de edad.

3. JUSTIFICACION

En el mundo se presentan cada año más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vías de desarrollo, donde esta patología se suma al conjunto de necesidades básicas insatisfechas en una franja importante de la población³³.

El cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres en el mundo entero y la segunda causa de muerte en América Latina después de las enfermedades cardiovasculares³⁴. Aunque la incidencia de cáncer de mama es mayor en los países desarrollados que en los no desarrollados, la tendencia en países en desarrollo muestra un crecimiento sostenido. En Colombia el cáncer de mama corresponde a la primera causa de incidencia y a la segunda causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres³⁵. En la última edición del anuario estadístico del cáncer, mostro que en el año 2009 se produjo un 17% de casos nuevos con 550 mujeres con cáncer de mama³⁶.

En cuanto el departamento del Huila, las cifras no son reconfortantes; ocupando el quinto puesto a nivel nacional en el índice de individuos con este diagnóstico. Durante el 2009, en el departamento se reportó un total de 149 nuevos casos de cáncer de mama, cifra que representa un nivel de incidencia de 37.5 por cada 100.000 habitantes, con lo cual se demuestra la rápida propagación de esta enfermedad, que afecta principalmente a las mujeres³⁷.

³³ WIESNER, Carolina; CONTRERAS, Ana C y CASTRO, JULIETTE. El centro de educación de pacientes con cáncer y sus familias: la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. EN: Revista Colombiana de Cancerología, "Supervivencia en pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora asociada a radioterapia en el instituto nacional de cancerología", vol., 15, Nº 2, 2011.

³⁴ GROSS, Socorro. El Cáncer es la segunda causa de muerte en Latinoamérica. Organización Panamericana de la Salud. [en línea]. Disponible en< http://rimix.com/rimixradio/VerNot.php?id=4324&_pagi_pg=44>

³⁵ FERLEY, J., *et al.* Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base Nº. 10. Lyon, France: International Agency for research on Cancer; 2010. EN: Revista Colombiana de Cancerología, "Supervivencia en pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora asociada a radioterapia en el instituto nacional de cancerología", vol., 15, Nº 2, 2011.

³⁶ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL E INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, E.S.E. Anuario estadístico 2009. Bogotá, Abril de 2011. Vol. 7.

³⁷ PALAMARCHUK, Olena. Secretaria Departamental de Salud. Neiva.

A pesar de los diversos proyectos encaminados a la prevención de la patología, aún no ha sido posible controlar las altas tasas de mortalidad relacionadas con la misma, al igual que las consecuencias inherentes a la enfermedad crónica, implicando de manera importante varios aspectos de la vida de quienes la padecen³⁸, dado que desde su inicio esta genera periodos de inestabilidad biopsicosocial, los cuales se agudizan conforme avanza el padecimiento provocando permanentes cambios en el entorno de la persona afectada y su pareja.

Igualmente, el impacto que ocasiona sobrellevar este tipo de patología, genera en quien la presenta desajustes emocionales que conlleven a la disminución del bienestar psicológico, hecho que también se extiende al círculo social más cercano. Tal eventualidad tiene repercusiones en el éxito del tratamiento médico al que se vea expuesto el paciente ya que el círculo social representa una herramienta de vital importancia para alcanzarlo, sin embargo, su inestabilidad se verá reflejada en el apoyo y trato que brinde al enfermo^{39 40}.

No obstante, se ha encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente el cáncer, quienes tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad⁴¹, puesto que la percepción que poseen del apoyo recibido a través de sus congéneres los protegen de los efectos patogénicos de las vivencias estresantes que tienen lugar a lo largo del padecimiento^{42 43}.

En relación a las implicaciones psicológicas que tiene la pareja frente a la enfermedad de la pareja, no se ha encontrado información significativa que

³⁸ OBLITAS, L. Psicología de la Salud y calidad de vida. México: Editorial Thompson Learning. (2006).

³⁹ AFFLECK, G., et al. Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77. (1988).

⁴⁰ KATZ, P.P y NEUGEBAUER, A. Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269. (2001).

⁴¹ AFFLECK, G., Op.cit.

⁴² KATZ, P.P y NEUGEBAUER, A. Op., cit..

⁴³ GÓMEZ, L; PÉREZ, M. y Vila, J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38. (2001).

permita dar cuenta del bienestar psicológico que presenta este ante el proceso enfermedad- cura, sin embargo se sabe que el grupo más cercano se ve igualmente afectado, principalmente a nivel emocional y psíquico llegando a presentar en muchos casos desajustes asociados al estado del familiar.

Las implicaciones negativas que puede generar el cáncer de mama sobre el par y el vacío de información descritos anteriormente sobre bienestar, han motivado la realización de este importante trabajo investigativo; el cual busca aportar paulatinamente a la construcción de un concepto de salud cada vez más amplio, que incluya aspectos del funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de enfermedad.

De igual manera, este estudio pretende elucidar desde una perspectiva positiva el bienestar psicológico presente en las parejas cuando la mujer padece cáncer de mama, resaltando la importancia de los aspectos psicológicos del individuo y su capacidad de crecimiento personal para brindar una nueva visión sobre la vida de las mujeres y sus parejas tras el paso de esta enfermedad. Por otro lado, este estudio realizará un aporte en el marco social y científico de la región, convirtiéndose en la primera investigación en términos del bienestar psicológico en población con enfermedad crónica.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el bienestar psicológico de las mujeres con cáncer de mama y sus parejas, pertenecientes a la Unidad de Cancerología del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las características sociodemográficas de la mujer con cáncer de mama y su pareja, pertenecientes a la Unidad de Cancerología del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

Conocer el estado de las dimensiones del bienestar psicológico (Auto aceptación, Relaciones positivas con otros, Dominio del entorno, Autonomía, Propósito en la vida y crecimiento personal).

Relacionar las dimensiones del bienestar psicológico (Auto aceptación, Relaciones positivas con otros, Autonomía, Propósito en la vida y Crecimiento personal) con las variables socio demográficas (Edad, Escolaridad, Ocupación, Sexo, Estado civil, Tiempo de convivencia, Estadio y Tratamiento).

5. MARCO TEORICO

5.1 BIENESTAR

Desde la antigüedad el hombre se ha interrogado acerca del bienestar humano, intelectuales, liricos y científicos han postulado teorías y principios para dar respuesta a dichos interrogantes, constituyendo hoy en día un tema de vital importancia para áreas como la psicología y las ciencias sociales; es decir, que el ser humano a través de la historia se ha centrado en la búsqueda del bienestar o felicidad, y ha sido estudiada desde diversas concepciones como la filosofía y la religión; sin embargo su investigación sistemática data solo de unas tres décadas, afirmación que se sustenta en las investigaciones realizadas por diferentes autores⁴⁴.

Los teóricos han encontrado que el tema del bienestar es complejo y controvertido. De hecho, desde los inicios de la historia intelectual, ha habido un debate considerable acerca de lo que define la experiencia óptima y lo que constituye la buena vida. Al ser el bienestar un concepto dinámico, que incluye dimensiones subjetivas, psicológicas y sociales, dificulta en gran medida el abordaje de un concepto general y por ende su medición objetiva.

No obstante, algunos autores han aproximado su definición, encontrándose como la “transacción entre el individuo, su entorno micro y macro social donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal”⁴⁵; así como “el resultado del procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les fue o les está yendo en su vida”⁴⁶.

⁴⁴ DIENER. Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes pre universitarios, Citado por BALCÁZAR NAVA, Mtra. Patricia., et al. En Revista Científica Electrónica De Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México, Icsa-Uaeh No.7.

⁴⁵ GARCÍA-VINIEGRAS, Carmen R Victoria. Construcción y validación de una técnica para evaluar bienestar psicológico. Trabajo de grado Doctora en Ciencias de la Salud. Habana.: Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana. Facultad Miguel Enríquez, 2004. 11 p.

⁴⁶ BALCÁZAR NAVA, Mtra. Patricia. Op., cit.

Dentro de las principales áreas en donde el bienestar cobra gran relevancia se encuentran: la salud, el bienestar social, la felicidad, las relaciones interpersonales y la interacción del hombre con el ambiente físico y social.

Con base en lo anterior, el estudio bienestar resulta trascendental, siendo de gran importancia, puesto que no solo enmarca la individualidad, si no que lo involucra en la sociedad, es decir que su actuación influye directamente en el ambiente obteniendo una responsabilidad directa con este y consigo mismo⁴⁷.

Este profundo interés ha convertido el estudio de la felicidad en uno de los ejes fundamentales del pensamiento humano. Según Ryan y Deci⁴⁸ ⁴⁹ es posible señalar la existencia de dos tradiciones diferentes en su disertación, aunque relacionadas: la escuela hedónica que se enfoca en la felicidad y la escuela eudaimónica en busca del potencial humano.

El hedonismo centra sus raíces en los filósofos griegos, especialmente Epicuro como máximo representante, seguido por Hobbes, Sade, y los pensadores del utilitarismo del siglo XVIII. El objetivo central de esta escuela se basa en experimentar la mayor cantidad de placer y disfrute, siendo la felicidad la suma de los momentos placenteros⁵⁰.

Los psicólogos que han adoptado esta línea para el estudio del bienestar, se inclinan hacia la concepción del hedonismo, que incluye la preferencia por los placeres tanto del cuerpo como de la mente⁵¹, además, estos consideran que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva construida sobre la experiencia de

⁴⁷ GARCÍA-VINIEGRAS, Carmen R Victoria y GONZÁLEZ BENÍTEZ, Idarmis. La Categoría Bienestar Psicológico. Su Relación con Otras Categorías Sociales; En Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):586-92

⁴⁸ RYAN Y DECI. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, Citado por RODRÍGUEZ-CARVAJAL, Darío Díaz Raquel., et al. Vol. 18, nº 3, 572-577 p.

⁴⁹ ROMERO CARRASCO Alicia E, GARCÍA-MAS Alexandre Y BRUSTAD Robert J. Op., cit.

⁵⁰ VASQUEZ, Carmelo, HERVAS, Gonzalo, RAHONA, Juan José y GOMEZ Diego. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones de la psicología positiva. Anuario de psicología clínica y de la salud. 5(2009)15-28.

⁵¹ KUBOVY. Estado del arte, y perspectiva actual del concepto del bienestar psicológico en psicología del deporte, En Revista latinoamericana de psicología, Citado por ROMERO CARRASCO, Alicia E, GARCIA-mas, Alexandre y BRUSTAD, Rober J, Vol 41, nº 2,335-347 p.

placer frente al displacer, incluyendo los juicios sobre los buenos y malos elementos de la vida.

Complementando lo anteriormente descrito, Kahneman define la psicología hedonista como el estudio de "lo que hace que las experiencias en la vida se tornen agradables y desagradables"⁵². Finalmente, la perspectiva hedónica defiende el placer como bien último o fin supremo de la vida humana, y su concepción actual ha dado lugar al constructo bienestar subjetivo⁵³.

En contraste con lo anterior la Perspectiva Eudemónica tiene como principal representante a Aristóteles, el cual define la felicidad (del griego eudaemonia o daimon) en su obra "Ética a Nicómaco", como "los sentimientos que acompañan a un comportamiento en una dirección consistente con el desarrollo del verdadero potencial y que dota de sentido a la vida".

Según este filósofo la verdadera felicidad se encuentra en la expresión de la virtud. Este término no designa, por tanto, un estado de satisfacción pasajera, sino el conjunto de una vida lograda⁵⁴.

Desde otro punto de vista, los eudaemonistas entienden la felicidad y el bienestar como un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo de las virtudes y en particular de la razón. Según Waterman, esta concepción establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas o auténticas, Y es precisamente de esta corriente que se desarrolla la teoría del bienestar psicológico⁵⁵, es decir que mientras la felicidad se define hedónicamente, la concepción eudaimónica de bienestar hace un llamamiento a las personas a vivir de acuerdo con su daimon, o verdadero yo.

⁵² RYAN, Richard M y DECI, Edwar L. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimónico well-being. Annu . Rev.Psychol. 2001. 52: 141-66.

⁵³ RODRÍGUEZ-CARVAJAL, Raquel, DÍAZ MÉNDEZ Darío., et al. Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico: Madrid, 2010. Vol. 22, nº 1, 63-70 p.

⁵⁴ ARISTOTELES. Ética a Nicómaco. Alianza editorial, 2004

⁵⁵ RYFF, Carol D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. En journal of personality and social psychology.1989, vol.57, Nº.6, 1069-1081

5.2 BIENESTAR SUBJETIVO

A continuación se presentan las generalidades del bienestar subjetivo descritas desde los aportes de Diener, entre otros^{56 57 58}.

El bienestar subjetivo es en gran medida un concepto establecido en la tradición hedónica y se define por su naturaleza plurideterminada que se basa en la construcción de juicios, en la respuesta a estos y la satisfacción que se obtiene de ellos.

De igual forma, centra su estudio en dos pilares fundamentales: la satisfacción y la felicidad; definida la satisfacción, como los diversos afectos emocionales que se obtienen en un momento determinado en la persona y la felicidad como la suma de experiencias (positivas o negativas) que los individuos obtienen en su diario vivir.

5.3 BIENESTAR PSICOLOGICO

El bienestar psicológico parte de la tradición eudamónica, la cual centra su estudio en el “desarrollo de las capacidades, el potencial humano y el crecimiento personal, siendo estas concebidas como indicadores del funcionamiento positivo”⁵⁹.

La literatura nos demuestra que dentro de las teorías que aportaron a la creación del concepto, se encuentran: la autorrealización planteada por Maslow, el funcionamiento pleno de Rogers, el ciclo vital de Erickson, la individuación y madurez de Allport y la salud mental positiva de Jahoda. La integración de estas teorías generó un constructo que integra los estados emocionales (positivos y

⁵⁶ ROMERO CARRASCO, Alicia E., Op., cit.

⁵⁷ RYAN, Richard M, y DECI, Edward L. Op., cit. p. 144

⁵⁸ DIENER, BRADBURY. Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. Citado por BENATUIL. Bienestar subjetivo. EN, revista científica electrónica de psicología.

⁵⁹ ROMERO CARRASCO, Alicia E., Op., cit. p. 337.

negativos), y el cognitivo el cual permite evaluar o identificar la satisfacción, las relaciones vinculares y las metas propuestas.

El bienestar psicológico, es definido por Díaz y Sánchez⁶⁰, como “la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluyendo una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, social.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas)”. Es decir que el bienestar psicológico se construye a través del ciclo evolutivo y no se especifica aun momento determinado de la vida.

Al existir múltiples y diversas aproximaciones al concepto general del bienestar psicológico, Ryff propuso un modelo integrado y multidimensional al cual define como “el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial”⁶¹ englobando la conceptualización de las esferas humanas (individual, social, percepción y valoración del mundo y el significado de la realidad), las cuales son fundamentales para que el sujeto enfrente nuevos retos, en función de la autonomía y el entorno, siendo este ultimo fundamental para la optima adaptación del sí mismo.

De igual forma, esta autora incluye 6 dimensiones teóricas que se derivan del modelo de bienestar psicológico: Auto aceptación (AU), Relaciones Positivas (RP), Autonomía (AT), Dominio del Entorno (DE), Propósito en la Vida (PV) y Crecimiento Personal (CP)⁶²; las cuales son descritas a continuación.

- La autoaceptación; es uno de los criterios centrales del bienestar. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.

⁶⁰ DÍAZ y SÁNCHEZ. Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios, Citado por BALCÁZAR. NAVA, Mtra Patricia, Lic., et al. revista científica electrónica de psicología. ICSA-UAEH No.7

⁶¹ ROMERO CARRASCO Alicia E., Op., cit.

⁶² DÍAZ, Darío ; RODRÍGUEZ-CARVAJAL Raquel ; MORENO-JIMÉNEZ, Bernardo; EN Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff; Universidad Autónoma de Madrid y * Erasmus University Rotterdam

- Relaciones positivas con otros; la gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar.
- La autonomía; Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal. Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento.
- El dominio del entorno; es decir, la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.
- Propósito en la vida; las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Necesitan, por tanto, tener un proyecto de vida.
- Crecimiento personal; se necesita también el empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades, es la dimensión denominada crecimiento personal.

5.4 CÁNCER

Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático. El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células

basales^{63 64}.

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer son⁶⁵:

- Carcinoma: cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.
- Sarcoma: cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.
- Leucemia: cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.
- Linfoma y mieloma: cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario.
- Cánceres del sistema nervioso central: cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

Las células son los pilares fundamentales de los seres vivos. En su proceso normal, estas se multiplican cuando el cuerpo las necesita y mueren cuando ya han cumplido su función. El cáncer parece ocurrir cuando el crecimiento de las células en el cuerpo está fuera de control y éstas se dividen demasiado rápido. Igualmente, puede ocurrir cuando las células olvidan cómo morir⁶⁶.

⁶³ INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. ¿Qué es el cáncer? “EN”:[en línea]. [en línea]. [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en <<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>>.

⁶⁴ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. El cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Instituto nacional de cancerología E.S.E. 2004

⁶⁵ INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Op., cit. p.

⁶⁶University of meryland medical center,medical reference, encyclopedia “EN”
http://www.umm.edu/esp_ency/article/001289.htm

Las células que sobran forman una masa de tejido que es a lo que se llama tumor. No todos los tumores son cancerosos; puede haber tumores benignos y tumores malignos⁶⁷.

- Los tumores benignos no son cancerosos. Pueden extirparse y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan a otras partes del cuerpo.
- Los tumores malignos son cancerosos. Las células de estos tumores pueden invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo, cuando el cáncer se disemina de una parte del cuerpo a otra, esto se llama metástasis.

5.4.1 Causas del cáncer. En general, el cáncer no se ocasiona por una sola causa, si no que en su generación operan múltiples factores; por eso se dice que el cáncer es una enfermedad multifactorial. las causas se clasifican en dos; internas y externas: la principal causa interna es la predisposición genética, es decir que en la familia se hereda un gen anormal, ocasionando una mayor probabilidad de padecer la enfermedad. Por el contrario en la actualidad se sabe que las causas externas son las que más producen cáncer^{68 69}.

5.4.2 Síntomas. Los síntomas del cáncer dependen del tipo y localización de tumor. Por ejemplo, el cáncer de pulmón puede provocar tos, dificultad respiratoria o dolor torácico; mientras que el cáncer de colon frecuentemente ocasiona diarrea, estreñimiento y sangre en las heces. Algunos cánceres pueden ser totalmente asintomáticos. En ciertos cánceres, como el pancreático, los síntomas a menudo no se presentan hasta que la enfermedad alcanza un estadio avanzado⁷⁰.

⁶⁷ SHOLTIS BRUNNER, Lilian y SMITH SUDDARTH, Doris. Manual de la enfermería.mexico: McGraw-hill interamericana. 4^o edición. 1040 p.

⁶⁸ CANCER. las principales enfermedades de nuestro tiempo EN": [en línea] [consultado el 22 de marzo de 2012]. Disponible en: <<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/caucan.htm>>

⁶⁹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op., cit.

⁷⁰ MEDLINE PLUS, Información de salud para usted. Cáncer. "EN": [en línea]. [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en: < <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001289.htm>>

5.4.3 Signos y exámenes. Al igual que sucede con los síntomas, los signos del cáncer varían dependiendo del tipo de tumor y de su ubicación. Algunos de los exámenes comunes son:

- Biopsia del tumor
- Exámenes de sangre (los cuales buscan químicos como marcadores de tumores)
- Biopsia de médula ósea (para linfoma o leucemia)
- Radiografía de tórax
- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética

La mayoría de los cánceres se diagnostican por medio de una biopsia y, dependiendo de la ubicación del tumor. A la mayoría de las personas afectadas por un cáncer se las somete a tomografía computarizada para determinar la ubicación exacta del tumor o tumores⁷¹.

5.4.4 Tratamiento. El tratamiento varía de acuerdo con el tipo de cáncer y con su estadio. El estadio del cáncer hace referencia a cuánto ha crecido y al hecho de si el tumor se ha diseminado o no desde su ubicación original⁷². Los tratamientos más frecuentes son: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia fotodinámica, hormonal, biológica y trasplante de medula ósea.

⁷¹ UNIVERSITY OF MARYLAND MEDICAL CENTER (UMMC). All rights reserved. "EN": [en línea]. [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.umm.edu/esp_ency/article/001289sym.htm>

⁷² MEDLINE PLUS. Op., cit.

5.5 CANCER DE MAMA

Es considerado una enfermedad “sistémica por la capacidad de metastizar, existe proliferación anormal, desordenada de las células del epitelio glandular mamario (conductos, lobulillos) y en menor frecuencia del estroma”^{73 74}.

5.5.1 Factores de riesgo. La causa del cáncer de mama no es única, sin embargo se conocen algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad⁷⁵
Los factores son:

- Antecedentes familiares de primer grado de consanguinidad (mama, hija, hermana) que haya padecido cáncer de mama
- Antecedentes personales de cáncer de mama
- Menarquía temprana (primera menstruación)
- Menopausia (ultima menstruación) tardía
- Ausencia de lactancia
- Consumo regular de bebidas alcohólicas
- Obesidad
- Radiaciones ionizantes sobre el tórax
- Parientes con cáncer de mama

⁷³ ELIAS, Sonia; CONTRERAS, Álvaro y LLANQUE, Carlos. Cáncer o carcinoma de mama. Revista paceña de medicina familiar. 2008; 5(7): 14-23

⁷⁴ GARNICA LAGOS, Yamile y DUARTE AGUDELO, Jaime. Liga colombiana contra el cáncer: Cáncer de mama- Generalidades. [en línea]. [consultado 10 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.ligacancercolombia.org/files/2008%20-%20Documento%20tecnico%20mama.pdf>

⁷⁵ GARCIA FERNANDEZ, Rosalba. Medicina nuclear en la clínica oncológica. México: mcgraw-hill interamericana,89-98 p

- Primer embarazo después de los treinta años de edad

5.5.2 Síntomas. En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo en estadios avanzados suele ser un bulto o masa que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea⁷⁶.

Otros signos y síntomas que pueden aparecer:

- Dureza, abultamiento o protuberancia, estas pueden ser NO dolorosa o sensible a la palpación
- Cambios en la forma o tamaño de los senos
- Salida de algún líquido a través del pezón
- Hoyuelos o hendiduras en la piel de alguno de los senos
- Irritación persistente de la piel

En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor⁷⁷.

5.5.3 Diagnóstico. En la actualidad, la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento⁷⁸.

⁷⁶ GARNICA LAGOS, Yamile y DUARTE AGUDELO, Jaime. Op., cit. p.

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 44.

⁷⁸ GARNICA LAGOS, Yamile y DUARTE AGUDELO, Jaime. Op., cit. p.

- El examen clínico de mama: es la exploración del seno con un método estandarizado rápido, sencillo e indoloro y realizado por un medico debidamente entrenado. Se recomienda realizarlo a partir de los 30 años con una periodicidad de cada año.

- Mamografía: Las mujeres con factores de riesgo deben realizarse una mamografía y un examen clínico anual a partir de los 40 años. Las mujeres que no tienen factores de riesgo conocidos recientes deben realizarse una mamografía cada dos años, a partir de los 40 años, y anualmente, a partir de los 50 años

- El auto examen de mama: es la autoexploración sistemática de la mama, debe realizarse 8 días después de la menstruación, las mujeres que ya no menstrúa se debe hacer en un día fijo cada mes, pues conviene que se realice siempre en estados similares. Debe recomendarse para todas las mujeres a partir de la menarquía.

5.5.4 Tratamiento. Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer del seno. El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Se emplean cuatro tipos:

- Cirugía (la extracción del cáncer en una operación).
- Radioterapia (el uso de dosis elevadas de rayos X para eliminar las células cancerosas).
- Quimioterapia (el uso de fármacos para eliminar las células cancerosas).
- Terapia hormonal (el uso de fármacos para cambiar la forma en que actúan las hormonas, o la extirpación de órganos que producen).

5.6 CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL CANCER

La enfermedad crónica crea un impacto en la percepción que el individuo tiene de su cuerpo, afectando la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas, acarreando consecuencias en la autoestima, dominio personal, incremento de la ansiedad, desesperación y sufrimiento, debido no solo a las consecuencias físicas, sino también por la estigmatización de la enfermedad en la sociedad.

Igualmente, el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión, tratamiento, provoca diversas modificaciones en la rutina de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas al adaptarse a la enfermedad y aprender nuevos estilos de afrontamiento⁷⁹. Entre las reacciones que más se presentan frente al diagnóstico de cáncer de mama son: negación, perdicción, abatimiento y confusión⁸⁰. Así pues, estos sentimientos, sumados a la carga económica que representa los costos del tratamiento, intensifican las consecuencias psicológicas del afectado y su entorno familiar.

La vida de la paciente entra en una completa inestabilidad produciendo cambios en su estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, y afecta el matrimonio, familia e hijos. Otro de los impactos del diagnóstico se da en el momento de elegir un tratamiento, así como las cargas económicas y dificultades laborales. Al mismo tiempo la estigmatización de la enfermedad en la sociedad y las creencias religiosas influyen en la percepción que tienen las mujeres de su padecimiento, contribuyendo a que estas modifiquen en gran medida su bienestar, creando un impacto psicológico mayor^{81 82}.

Paralelo a lo anterior, Soriano afirma que “las repercusiones de la enfermedad en un paciente con cáncer de mama, se expresan en todas las áreas de la vida familiar, laboral, social y de pareja”⁸³; generando daño en la sexualidad y la comunicación con su par; demostrando que los trastornos afectivos son una de las consecuencias más frecuentes que acarrea esta patología⁸⁴.

⁷⁹ BAYES, Ramón y TORO, Josep. Op., cit. p.

⁸⁰ Repercusiones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Facultad de psicología

⁸¹ ESTRELLA DURÁ, Jorge. Op., cit. p.

⁸² SHUMAN Robert, VIVIR CON UNA ENFERMEAD CRÓNICA.Edit. Paidos, Iberica, S. A., Año 1999.

⁸³ SORIANO, J. Bienestar Psicológico y Cáncer de mama, Citado por GARCIA-VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria; GONZALEZ BLANCO, Maritza. EN: avances en psicología latinoamericana/ año 2007/ vol 25

⁸⁴ GRAU ABALO, Jorge A, LLANTÁ ABREU María del C, CHACÓN ROGER, Margarita y FLEITES GONZÁLEZ Gilberto. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev Cubana Oncol 1999;15(1):49-65

Por tal razón, tanto la persona que padece cáncer de mama como la pareja, experimentan cambios drásticos en su forma de vida, al tratar de adaptarse a esta nueva situación provocando desajuste en e funcionamiento mental positivo; sin embargo investigaciones⁸⁵ demuestran que las personas ante están enfermedad logran enfrentar con éxito este ciclo, obteniendo así una mejor calidad de vida para ellas y sus parejas.

5.7 PAREJA

El término pareja designa la unión de dos personas, de sexo indistinto, en un determinado momento, que mantienen relaciones sexuales, y que poseen un proyecto en común. Ser pareja implica un intercambio bidireccional en el plano relacional, implicando exclusividad el cual se orienta hacia el futuro⁸⁶.

En definitiva la pareja es una de las relaciones más intensas en las que involucran los seres humanos, después de sus propias familias de origen, es una unidad de gran complejidad, en donde dos personas con sus propias historias de vida, se unen aportando un enorme potencial de pensamientos, emociones y acciones, que no solo interactúan entre sí en el presente, sino que sus propios pasados los influyen e impactan en la construcción de su proyecto de futuro⁸⁷.

Paralelo a lo anterior, Feinstein afirma que la pareja “Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo”⁸⁸.

5.7.1 Pareja y enfermedad. Algunas Investigaciones, han centrado especial interés en el papel que juega la pareja en el proceso de enfermedad crónica,

⁸⁵ VINIEGRAS GARCIA, Carmen Regina Victoria y GONZALES BLANCO, Maritza. Op., cit. p.

⁸⁶ SARGIOTTI, Verónica. Pareja. [en línea]. [consultado 8 Mar. 2010]. Disponible en <<http://www.maestropsicologo.com/que-es-una-pareja/>>

⁸⁷ CENTRE DE SEXOLOGIA SABADELL. [en línea]. [consultado 8 Mar. 2010]. Disponible en <<http://www.sexologias.com/html/relacion.htm> >

⁸⁸ CICLO VITAL FAMILIAR. Pareja. Op., cit.

especialmente de la mujer que padece cáncer de mama. Dentro de estos estudios se encontró, que los pacientes de cáncer identifican el apoyo emocional e instrumental como los elementos más provechosos de ayuda recibida del ámbito familiar, siendo la “pareja” la que proporciona la ayuda y apoyo emocional más tangible (afirmación y confianza de no ser abandonado/a)⁸⁹.

Así mismo, las parejas tienen una adaptación más exitosa cuando modifican su “intimidad”, para incluir en vez de eludir situaciones difíciles resultantes de la enfermedad. Cuando estas se enfrentan a una enfermedad crónica, tienen la oportunidad de reevaluar la vida de pareja y la unidad familiar, creando un sentido nuevo y diferente frente a la amenaza de patología.

Sin embargo, otros estudios⁹⁰ describen que la interacción entre la enfermedad y la pareja, sugiere que esposos y familias experimentan dificultades múltiples relacionadas con la enfermedad de forma muy intensa: el tener que proporcionar cuidado constante al enfermo, interrupción en su intimidad marital, social, actividades de ocio y tratar de disminuir la ansiedad emocional del enfermo; genera que las necesidades y expectativas estén en conflicto con cada uno de los miembros sanos de la familia.

Conforme a esto, Zalis y Shands⁹¹, en su estudio con parejas de mujeres con cáncer de mama, documentaron que las necesidades emocionales del paciente es una de las áreas más difíciles y de mayor demanda impuesta a los miembros sanos de la familia.

Estos autores identificaron siete tipos de demandas que el paciente imponía a su pareja:

- Reacción positiva a la enfermedad de la esposa.
- Negociar la experiencia de la enfermedad.
- Adaptar la forma de vida para “satisfacer” las demandas de la enfermedad.

⁸⁹ BAIDER, Lea. Op., cít. p.

⁹⁰ Ibid., p.511 .

⁹¹ Ibid., p. 511 .

- Sensibilidad ante las necesidades nuevas de la esposa.
- Pensar en el futuro.

- Procurar reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y del tratamiento.

- Sentir y compartir juntos el impacto de la enfermedad en la relación.

6. METODOLOGIA

6.1 ENFOQUE

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, puesto que, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías⁹².

6.2 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se ubicó dentro de un alcance descriptivo, cuyo propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; asimismo, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis; es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se mide⁹³. A partir de ello, esta investigación se orientó en el estudio del bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama y sus parejas, pertenecientes a la Unidad de Cancerología del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

6.3 POBLACION

Se contó con una base de datos de 280 personas vinculadas a la Unidad de Cancerología de la ciudad de Neiva (Huila).

⁹² HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; COLLADO- FERNANDEZ, Carlos y LUCIO BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2008. 5 p.

⁹³ *Ibid.* p.102.

6.4 MUESTREO

El muestreo que se utilizó para la investigación y que cumplía con los criterios que se necesitaban para desarrollar el estudio fue no probabilístico, debido a que, suponen un procedimiento de selección informal; su utilidad radica que para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto una repetitividad de elementos de una población sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema⁹⁴.

En este tipo de muestreo las unidades muestrales no se seleccionan al azar, sino que son elegidas por el responsable de realizar el muestreo.

6.5 TIPO DE MUESTREO

Es un tipo de muestreo intencional o por conveniencia, que consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo⁹⁵.

El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tienen fácil acceso, en esta investigación se trabajara con 20 parejas.

6.6 CRITERIOS DE INCLUSION

- Tener cáncer de mama y estar bajo su debido tratamiento.
- Mujeres con edades entre los 25 y 65 años de edad.
- Tener pareja heterosexual estable y convivir con ella.
- Pertenecer a la Unidad de Cancerología.

⁹⁴HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; COLLADO- FERNANDEZ, Carlos y LUCIO BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2008. 262 p.

⁹⁵ CASAL, Jordi y MATEU, Enric. Tipos de muestreo. Rev. Epidem. Med. Prev. (2003), nº 1. 3-7 p.

6.7 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Tener cualquier otro tipo de cáncer, enfermedad o trastorno psiquiátrico.
- No convivir con la pareja.

6.8 VARIABLES DEL ESTUDIO

- Características socio demográficas de las mujeres que presentan cáncer de mama y sus parejas (edad, sexo, estrato socioeconómico, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo de convivencia, tipo de tratamiento y estadio del cáncer). Ver anexo A.
- Bienestar psicológico. Ver anexo B

6.9 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Cuestionario general
BIENESTAR PSICOLOGICO (Para el pareja como para la presenta cáncer de mama)	Escala de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). Versión en español. Adaptado por: Darío Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirk van Dierendonck. Esta escala mide el Bienestar psicológico con seis dimensiones (auto-aceptación, Relaciones positiva, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, Crecimiento personal).

Ver anexo C. Cuadro de operacionalización de variables.

6.10 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta las variables determinadas para el estudio, la técnica que se utilizó en el presente estudio fue la entrevista que conto con los siguientes instrumentos: la Encuesta Socio Demográfica y el Instrumento TEST DE BIENESTAR PSICOLOGICO DE CAROL RYFF, El cual explorara 6 dimensiones:

- Autoaceptación.
- Relaciones positivas con otros.
- Autonomía.
- Dominio del entorno.
- Propósito en la vida.
- Crecimiento personal.

La prueba se compone de la siguiente manera:

AUTOACEPTACIÓN: Ítems 1, 7, 19, y 31

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.

RELACIONES POSITIVAS CON OTROS: Ítems 2, 8, 14, 26 y 32.

2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.

AUTONOMÍA: Ítems 3, 4, 9, 15, 21, 27.

- 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.
- 4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.
- 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.
- 15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.
- 21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.
- 27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.

DOMINIO DEL ENTORNO: Ítems 5, 11, 16, 22, y 39.

- 5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.
- 11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.
- 16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.
- 22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.
- 39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.

CRECIMIENTO PERSONAL: Ítems 24, 36, 37, y 38.

- 24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.
- 36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.
- 37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.
- 38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.

PROPÓSITO EN LA VIDA: Ítems 6, 12, 17, 18, 23.

- 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.
- 12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.
- 17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.
- 18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.
- 23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.

6.10.1 Calificación. El formato de respuesta tiene puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). Dado el procedimiento de la prueba, la no respuesta es inexistente, o ya sea el caso donde el ítem no ha sido contestado por un participante.

Los ítems se agrupan teóricamente en seis factores, que se presentan a continuación, así como el significado de las puntuaciones altas en ellas:

- Autonomía, si es independiente y auto determinado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de ciertos modos, regula la conducta íntimamente y las autoevaluaciones se realizan de estándares personales.
- Dominio del entorno, si se posee sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, se controlan múltiples conjuntos de actividades externas, haciendo un uso efectivo de las oportunidades del contexto, siendo capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales.
- Crecimiento personal, cuando se mantiene el sentimiento de desarrollo continuo y de mejora a través del tiempo, ve el yo en expansión y crecimiento, abierto a nuevas experiencias, sentido de desarrollo del propio potencial y de cambiar el modo en que reflejan más autoconocimiento y efectividad.
- Relaciones positivas con otros, al mantener relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza, se preocupa por el bienestar de otros, siendo capaz de desarrollar empatía, intimidad y afecto, intimidad y desde la comprensión del dar y tomar de las relaciones humanas.
- Auto aceptación, si posee una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando los múltiples aspectos del yo, incluyendo lo negativo y lo positivo, además existe un sentimiento positivo hacia lo ya vivido.
- Propósito en la vida, cuando tiene metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado en el presente y en el pasado, manteniendo creencias que proporcionan significado a la vida⁹⁶.

⁹⁶ DÍAZ, Darío., Op., cit. p.

Sumando todos los ítems puntuaciones superiores a 152 indican alto bienestar psicológico, entre 123 y 151 bienestar psicológico normal y por debajo de 122 indican un déficit en los criterios de crecimiento personal.

Se presentan ítems inversos en la prueba, es decir 1 (totalmente de acuerdo) y 6 (totalmente en desacuerdo).

Los ítems inversos son: 2, 4, 5, 7, 8, 12, 18, 21, 22, 26.

Puntajes mínimos y máximos de las dimensiones y de la prueba de Bienestar Psicológico.

DIMENSIONES	MINIMO	MAXIMO
AUTO ACEPTACIÓN	4	24
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	5	30
AUTONOMIA	6	36
DOMINIO DEL ENTORNO	5	30
CRECIMIENTO PERSONAL	4	24
PROPOSITO DE VIDA	5	30
BIENESTAR PSICOLÓGICO	29	174

6.10.2 Procedimientos de recolección y Sistematización de la Información. En este procedimiento se llevaron a cabo cuatro fases: Preparación, recolección de datos, Procesamiento de datos, Análisis y compilación.

- Fase de Preparación: En esta fase se realizó la investigación pertinente sobre las variables estudiadas y se estableció la estructura de la investigación (planteamientos del problema, objetivos, justificación, antecedentes y marco teórico), posteriormente se obtuvo la autorización por parte de la Unidad de Cancerología del Hospital Hernando Moncaleano, para trabajar con la población escogida. Posteriormente, se aplicó la prueba piloto, con el fin que el instrumento fuera entendido a la hora de su aplicación en la población seleccionada para la investigación, de igual forma, se solicitaron los consentimientos informados a las personas participantes del pilotaje, teniendo en cuenta las consideraciones éticas del estudio.

- Fase de Recolección de Datos: Paralelo a lo anterior, esta fase se inició con la reunión de la muestra, en donde se contactó por teléfono a las mujeres pertenecientes a la Unidad de Cancerología, esta etapa fue difícil y lenta, puesto que la base de datos se encontraba desactualizada, encontrando números telefónicos desactivados, personas ya fallecidas, solteras y viudas, las cuales no cumplían con los criterios de inclusión del estudio, dificultando el acceso a la muestra.

Finalmente, se logró contactar a veinte parejas, a las cuales se les explicó los fines del proyecto, se diligenció el consentimiento informado junto con el formulario de los datos socios demográficos y el Test Escala del Bienestar Psicológico.

La aplicación se hizo de manera individual a las parejas, en sus correspondientes residencias, manteniendo las condiciones éticas y técnicas requeridas para una adecuada aplicación.

- Fase de Procesamiento de Datos y Análisis: Los datos que se obtuvieron en la fase anterior, se digitaron en una base de datos del programa SPSS versión 17.0, teniendo en cuenta los siguientes análisis: Medidas descriptivas de las variables socio demográficas; Relación entre el Bienestar Psicológico y los participantes del estudio; Análisis multivariados de las seis dimensiones: auto-aceptación. Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal.

- Etapa de Compilación. Una vez se obtuvieron los diversos datos de la etapa anterior, se procedió al análisis y su consecuente discusión de resultados. Finalmente, se plasmaron las conclusiones y recomendaciones del trabajo de grado.

6.11 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

6.11.1 Validez. La prueba de Bienestar Psicológico propuesta inicialmente por Carol Ryff fue adaptada al español por D. van Dierendonck; en esta adaptación se estudió la fiabilidad y validez factorial, mostrando en las escalas una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (Crecimiento personal); sin embargo, los análisis factoriales confirmatorios no mostraron un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico propuesto de seis dimensiones (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, Crecimiento personal) y un factor de segundo orden denominado Bienestar Psicológico. Sin embargo para

mejorar las propiedades psicométricas de las escalas, se desarrolló una nueva versión reducida y que además facilitará su aplicación. Con esta nueva versión, los niveles de consistencia obtenidos se mantienen e incluso mejoran (α de Cronbach 0,84 a 0,70)⁹⁷; la cual es la utilizada en esta investigación.

De igual forma, para dar claridad de lenguaje a la prueba de Bienestar Psicológico se aplicó una prueba piloto a cinco parejas en el municipio de Campoalegre.

6.11.2 Informe prueba piloto

POBLACION: 5 parejas heterosexuales.

LUGAR: Casa totalmente adecuado en condiciones libre de estímulos externos que interfirieran en la ejecución de la prueba piloto.

RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

AFIRMACIONES		SUGERENCIAS
		RESULTADOS CUANTITATIVOS
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	Del total de 10 personas participantes en este estudio solo 1 de ellos tuvo inconvenientes de comprensión en la palabra satisfaga.
1 3	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	Del total de 10 personas participantes en este estudio solo 4 de ellas tuvieron inconvenientes de comprensión en la palabra convicciones.
2 3	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	Del total de 10 personas participantes en este estudio solo 1 tuvo inconvenientes de comprensión en la palabra polémicos.

Ver anexo D. cuadro de prueba piloto)

⁹⁷ DÍAZ, Darío.,Op., cit. p.

Al aplicar el instrumento se tuvieron en cuenta elementos tales como un horario adecuado, ambiente sin ruidos, sin interrupciones para evitar los diversos estímulos externos que obstaculizaran el buen desarrollo de la prueba, con el fin de prevalezca el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos y su bienestar; de igual forma, se evidenció por parte de los encuestados una buena receptividad y ningún tipo de inconveniente en la ejecución, comprensión y diligenciamiento de la misma. Las principales sugerencias que emergieron de la prueba es que sea suministrada totalmente por el investigador, es decir que se lea, con el fin de brindar mayor de esta.

Respecto a las afirmaciones, el ítem al cual se le hicieron mayores sugerencias fue el 13 que afirma “Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones”, en el cual la palabra convicciones fue de difícil comprensión para 4 de los participantes; seguido por los ítems 5 y 23 que afirman “Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga” y “Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos”, en los cuales las palabras satisfaga y polémicos fueron de difícil comprensión.

Los resultados que se obtuvieron en la prueba piloto cuentan con la suficiente claridad en su lenguaje para su aplicación en cualquier contexto sociocultural en español, para fines de esta investigación en las mujeres y sus parejas cuando estas presentan cáncer de mama, pertenecientes a la Unidad De Cancerología Del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

De igual forma se le hicieron los respectivos ajustes a las palabras CONVICCIONES, POLEMICOS Y SATISFAGA por sinónimos claros y de fácil entendimiento para la población.

6.12 CONFIABILIDAD

En la adaptación que realizaron de la prueba de Bienestar Psicológico⁹⁸, los coeficientes de confiabilidad que se obtuvieron en el estudio original, mostraron niveles adecuados de consistencia interna, reportándose coeficientes de alpha de Cronbach en Auto-aceptación.0,84, Relaciones positivas con otros.0,78, Autonomía.0,70, Dominio del entorno.0,82, Crecimiento Personal.0,71 y el

⁹⁸ DÍAZ, Darío., *et al.* Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff: Madrid: 2006. Vol. 18, nº 3, 572-577 p.

Propósito en la vida.0,70. Evidenciándose en todas las dimensiones una confiabilidad por encima de 70; Asimismo, dadas las altas correlaciones halladas entre las escalas de ambas versiones (Autoaceptación: $r_{29-39\text{ítems}}= 0,94$; Relaciones positivas: $r_{29-39\text{ítems}}= 0,98$; Autonomía: $r_{29-39\text{ítems}}= 0,96$; Dominio del entorno: $r_{29-39\text{ítems}}= 0,98$; Crecimiento personal: $r_{29-39\text{ítems}}= 0,92$; Propósito en la vida: $r_{29-39\text{ítems}}= 0,98$), se puede evidenciar que esta versión representa bien los elementos teóricos esenciales de cada una de las dimensiones⁹⁹.

Los datos expuestos corroboran la estandarización y validación de la prueba elegida para evaluar el bienestar psicológico en población de habla española.

⁹⁹ DÍAZ, Darío., Op., cit. p.

7. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

El trabajo ejecutado se acogió cabalmente a la normatividad y legislación establecida para el desarrollo de estudios en ámbito de la psicología, que a nivel nacional se rige por la ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético u otras disposiciones, entre ellas las dispuestas en el Título II. Capítulo 2. Numeral 9, de la investigación con humanos, la cual dice: “El psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos”. Además, tal ley establece en el Título VII. Capítulo IV. Artículo 45. Capítulo VII. Artículos 49-56, los lineamientos referentes a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Conforme lo estipula esta ley, el estudio aquí propuesto, garantizó que durante su realización se aplicarán con total rigurosidad los lineamientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social, quienes el 4 de Octubre de 1993, la misma entidad, expidió la Resolución 008430, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Atendiendo la Resolución No. 008430, Título II. Capítulo I. Artículo 11, la investigación fue categorizada en un NIVEL SIN RIESGO, de tipo descriptivo que requiere de la aplicación de pruebas psicológicas y del análisis de las mismas, en tanto que empleo un cuestionario que no trata de elementos sensitivos de la conducta, ni modifica variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de quienes aceptaron voluntariamente formar parte de ésta investigación. Por consiguiente, no implicó ningún tipo de alteración de la integridad física o psíquica del evaluado.

Por otra parte, es importante mencionar que los datos obtenidos de la mediación a la que fueron expuestos los participantes, están custodiadas por las investigaciones para garantizar su confidencialidad y proteger de tal modo la privacidad de los mismos, respetándose con ello su privacidad y otorgándoseles el merecido trato dignificante, a lo que hace alusión la Resolución 0088430 de 1993, en el artículo 8.

Paralelo a ello, se utilizó el consentimiento informado mediante el cual los evaluados manifestaron su interés voluntario de participar en la investigación. (Ver anexo E. Consentimiento Informado).

8. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las características socio demográficas de la mujer con cáncer de mama y su pareja.

		Recuento	% del N de la columna
GRADO DE ESTUDIOS CURSADOS	PRIMARIA INCOMPLETA	3	7,5%
	PRIMARIA COMPLETA	5	12,5%
	BASICA SECUNDARIA	5	12,5%
	BACHILLER ACADEMICO	7	17,5%
	TECNICO	7	17,5%
	UNIVERSITARIO	13	32,5%
CARACTERISTICAS FISICAS	HOMBRE	20	50,0%
	MUJER	20	50,0%
SITUACION JURIDICA QUE FORMA CON OTRA PERSONA	CASADO (A)	32	80,0%
	UNION LIBRE	8	20,0%
ESTRATO SOCIOECONOMICO	1	8	20,0%
	2	14	35,0%
	3	14	35,0%
	4	4	10,0%
TIEMPO DE CONVIVENCIA EN AÑOS	0 A 10	6	15,0%
	11 A 21	14	35,0%
	22 A 32	6	15,0%
	33 A 43	8	20,0%
	44 A 54	6	15,0%
EDAD	25 a 35	5	12,5%
	36 a 45	13	32,5%
	46 a 55	8	20,0%
	56 a 65	14	35,0%
OCUPACION	AMA DE CASA	6	15,0%
	JUBILADO	4	10,0%
	EMPLEADO	27	67,5%
	DESEMPLEADO	3	7,5%
TIPO DE TRATAMIENTO	QUIMIOTERAPIA	4	20,0%
	RADIOTERAPIA	1	5,0%
	MASTECTOMIA	2	10,0%
	TODAS LAS ANTERIORES	13	65,0%
ESTADIO DEL CANCER	I	1	5,0%
	II	2	10,0%
	III	5	25,0%
	IV	12	60,0%

En esta tabla se puede observar con respecto al grado de estudios que el 32% de los encuestados poseen estudios universitario alcanzando el mayor porcentaje, en contra parte con un 7% en primaria incompleta.

De igual forma se encuentra que el 80% de las parejas de esta investigación están casados y el 20 % conviven en unión libre; el 70% de la muestra se halla en estratos dos y tres, y el 10% estrato cuatro; además, se evidencia que el que el 35% de la muestra ha convivido entre 11 a 21 años alcanzando el mayor porcentaje, en contraste con un 15 % que ha convivido entre 22 a 32 y los 44 a 54 años.

Respecto a la edad el 35% de los participantes están entre los 56 a 65 años y el 32% entre 36 y 45 años, siendo los promedios más altos.

En cuanto la ocupación se encontró con mayor porcentaje las personas empleadas con un 67% y solo un el 7 % en desempleados.

Por otro lado, en cuanto el tipo de tratamiento el 65 % de las mujeres de la muestra ha recibido todos los tratamientos, es decir quimioterapia, radioterapia y mastectomía; y el 60% se encuentra en estadio IV de la enfermedad.

Tabla 2. Frecuencia del bienestar psicológico alto, medio y bajo arrojado por los sujetos de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	BP Bajo	6	15,0	15,0
	BP Normal	16	40,0	55,0
	BP Alto	18	45,0	100,0
	Total	40	100,0	

Con respecto a la muestra se observa que el 45%, presenta una bienestar psicológico alto, un 40% bienestar psicológico normal y un 15% un bienestar psicológico bajo. Es decir que el 85% de los encuestados mantiene estándares adecuados a cuanto bienestar psicológico.

Tabla 3. Distribución de las dimensiones del Bienestar Psicológico.

	Media	Desviación típica
AUTOACEPTACION	20,65	3,97
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	23,15	6,10
AUTONOMIA	29,25	5,32
DOMINIO DEL ENTORNO	23,75	4,40
CRECIMIENTO PERSONAL	21,53	3,09
PROPOSITO DE LA VIDA	26,18	4,26

Los resultados arrojados por la tabla demuestran que la auto aceptación tiene un promedio de $20,65 \pm 3,97$, relaciones positivas con otros $23,15 \pm 6,10$, autonomía $29,25 \pm 5,32$, dominio del entorno $23,75 \pm 4,40$, crecimiento personal $21,53 \pm 3,09$ y propósito en la vida $26,18 \pm 4,26$ respecto al puntaje máximo de cada una de las dimensiones.

Tabla 4. Shapiro- Wilk, distribución normal de las dimensiones del Bienestar Psicológico.

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.
AUTOACEPTACION	,819	40	,000
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	,898	40	,002
AUTONOMIA	,939	40	,031
DOMINIO DEL ENTORNO	,947	40	,059
CRECIMIENTO PERSONAL	,791	40	,000
PROPOSITO DE LA VIDA	,844	40	,000
PUNTAJE TOTAL DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO	,947	40	,061

Se aplicó el estadístico shapiro wilk para observar si existe distribución normal en los datos recolectados, donde los valores del puntaje total de bienestar psicológico presenta una distribución normal ($p > 0,05$), lo cual sugiere el uso de estadísticos

paramétricos para realizar los contrastes en esta variable; sin embargo el valor de las dimensiones del instrumento No presentan una distribución normal ($p < 0,01$), sugiriendo el uso de estadísticos No paramétricos para realizar los contrastes

Tabla 5. U de Mann-Whitney, Correlación entre las dimensiones y el género.

	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	Z	P VALOR
AUTOACEPTACION	HOMBRE	21,4000	3,26706	-1,073	,283
	MUJER	19,9000	4,52944		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	HOMBRE	24,1000	5,91074	-1,032	,302
	MUJER	22,2000	6,27946		
AUTONOMIA	HOMBRE	30,4000	4,59290	-1,305	,192
	MUJER	28,1000	5,84808		
DOMINIO DEL ENTORNO	HOMBRE	24,8500	3,97724	-1,480	,139
	MUJER	22,6500	4,61434		
CRECIMIENTO PERSONAL	HOMBRE	21,6500	2,70039	-,116	,908
	MUJER	21,4000	3,50038		
PROPOSITO DE LA VIDA	HOMBRE	27,0500	3,25212	-,924	,356
	MUJER	25,3000	5,00631		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el género en las diferentes dimensiones ($p > 0,05$), sin embargo se observa que los hombres presentan mayor promedio que las mujeres.

Tabla 6. H de Kruskal-Wallis, Correlación entre las dimensiones del Bienestar Psicológico y la edad.

		Media	Desviación típica	χ^2	P Valor
AUTOACEPTACION	25 a 35	19,40	3,65	2,302	0,512
	36 a 45	20,92	3,45		
	46 a 55	21,00	5,32		
	56 a 65	20,64	4,03		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	25 a 35	25,60	3,91	1,691	0,639
	36 a 45	22,31	7,20		
	46 a 55	25,12	3,56		
	56 a 65	21,93	6,71		

AUTONOMIA	25 a 35	31,80	5,85	12,488	0,006
	36 a 45	25,62	4,15		
	46 a 55	29,13	6,22		
	56 a 65	31,79	3,87		
DOMINIO DEL ENTORNO	25 a 35	23,80	4,97	2,105	0,551
	36 a 45	22,77	4,04		
	46 a 55	25,50	4,41		
	56 a 65	23,64	4,68		
CRECIMIENTO PERSONAL	25 a 35	22,20	2,49	2,738	0,434
	36 a 45	22,38	2,63		
	46 a 55	20,25	3,92		
	56 a 65	21,21	3,17		
PROPOSITO DE LA VIDA	25 a 35	24,60	2,19	5,888	,117
	36 a 45	27,69	3,88		
	46 a 55	25,75	5,63		
	56 a 65	25,57	4,27		

Con respecto a la edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión autonomía, donde el promedio más alto lo presentan los sujetos con edades entre los 25 y 35 años edad (p 31,8) y el menor promedio (p 25,62) lo presentan los sujetos con edades entre los 36 a 45.

Tabla 7. U de Mann-Whitney, Correlación de las dimensiones del Bienestar y el estado civil de la muestra.

		Media	Desviación típica	Z	P Valor
AUTOACEPTACION	CASADO (A)	20,38	4,26	113,500	,613
	UNION LIBRE	21,75	2,38		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	CASADO (A)	24,03	5,26	85,500	,149
	UNION LIBRE	19,63	8,18		
AUTONOMIA	CASADO (A)	30,06	4,81	75,000	,072
	UNION LIBRE	26,00	6,32		
DOMINIO DEL ENTORNO	CASADO (A)	23,88	4,48	113,500	,623
	UNION LIBRE	23,25	4,27		
CRECIMIENTO PERSONAL	CASADO (A)	21,59	3,06	123,000	,856
	UNION LIBRE	21,25	3,41		
PROPOSITO DE LA VIDA	CASADO (A)	26,25	4,45	112,000	,581
	UNION LIBRE	25,88	3,64		

No hay relación entre los puntajes de las dimensiones y el estado civil ($p>0,05$)

Tabla 8. H de Kruskal-Wallis, Correlación entre las dimensiones del Bienestar Psicológico y el estrato socioeconómico.

	Estrato	Media	Desviación típica	X^2	P Valor
AUTO ACEPTACIÓN	1	20,50	4,11	,534	0,911
	2	20,43	3,92		
	3	21,43	3,27		
	4	19,00	6,78		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	1	21,63	8,33	16,170	0,001
	2	19,29	4,86		
	3	27,64	2,17		
	4	24,00	5,23		
AUTONOMÍA	1	27,38	6,16	10,789	0,013
	2	27,36	4,01		
	3	32,64	5,05		
	4	27,75	4,03		
DOMINIO DEL ENTORNO	1	22,00	4,81	2,756	0,431
	2	23,50	4,24		
	3	25,07	4,32		
	4	23,50	4,65		
CRECIMIENTO PERSONAL	1	21,25	3,58	11,784	0,008
	2	20,36	2,92		
	3	23,50	1,40		
	4	19,25	4,11		
PROPÓSITO DE LA VIDA	1	24,63	4,90	4,767	0,190
	2	25,93	4,23		
	3	28,07	2,64		
	4	23,50	6,24		

Se observa que la variable de estrato socioeconómico presenta correlación con la dimensión relaciones positivas ($p<0,05$), donde los sujetos de estrato 3 presenta un promedio de 27,64 siendo el más alto; de igual manera se presenta diferencias estadísticamente significativas ($p=0,013$) en autonomía y crecimiento personal ($p=0,008$) donde el estrato 3 presenta el promedio más alto 23,50.

Tabla 9. H de Kruskal-Wallis Correlación de las dimensiones del Bienestar y la ocupación.

			MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	χ^2	P VALOR
AUTOACEPTACION	OCUPACION	AMA DE CASA	20,17	4,36	5,067	,167
		PENSIONADO	23,50	,58		
		EMPLEADO	20,74	4,02		
		DESEMPLEADO	17,00	3,46		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	OCUPACION	AMA DE CASA	20,83	7,68	,978	,807
		PENSIONADO	25,25	4,65		
		EMPLEADO	23,44	6,10		
		DESEMPLEADO	22,33	5,77		
AUTONOMIA	OCUPACION	AMA DE CASA	26,17	7,19	6,003	,111
		PENSIONADO	34,50	1,73		
		EMPLEADO	29,30	5,03		
		DESEMPLEADO	28,00	1,73		
DOMINIO DEL ENTORNO	OCUPACION	AMA DE CASA	21,33	4,23	5,252	,154
		PENSIONADO	27,50	3,11		
		EMPLEADO	23,74	4,56		
		DESEMPLEADO	23,67	1,15		
CRECIMIENTO PERSONAL	OCUPACION	AMA DE CASA	19,33	3,78	4,558	,207
		PENSIONADO	22,50	3,00		
		EMPLEADO	22,11	2,67		
		DESEMPLEADO	19,33	4,04		
PROPOSITO DE LA VIDA	OCUPACION	AMA DE CASA	24,00	5,10	3,587	,310
		PENSIONADO	29,00	,82		
		EMPLEADO	26,56	4,02		
		DESEMPLEADO	23,33	5,77		

No se encontró relación estadísticamente significativas entre los puntajes de las dimensiones y la variable tiempo ocupación ($p>0,05$).

Tabla 10. H de Kruskal-Wallis, Correlación de las dimensiones del bienestar psicológico y la escolaridad.

		Media	Desviación típica	χ^2	P Valor
AUTOACEPTACION	PRIMARIA INCOMPLETA	23,67	,58	7,819	,166
	PRIMARIA COMPLETA	19,00	4,64		
	BASICA SECUNDARIA	21,20	4,76		
	BACHILLER ACADEMICO	22,00	2,65		
	TECNICO	17,14	5,15		
	UNIVERSITARIO	21,54	2,67		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	PRIMARIA INCOMPLETA	12,67	C	14,793	,011
	PRIMARIA COMPLETA	21,20	2,95		
	BASICA SECUNDARIA	21,80	7,19		
	BACHILLER ACADEMICO	26,43	6,45		
	TECNICO	21,57	5,80		
	UNIVERSITARIO	25,92	3,43		
AUTONOMIA	PRIMARIA INCOMPLETA	31,00	4,58	8,905	,113
	PRIMARIA COMPLETA	30,80	1,79		
	BASICA SECUNDARIA	26,80	3,90		
	BACHILLER ACADEMICO	26,14	6,44		
	TECNICO	27,71	4,57		
	UNIVERSITARIO	31,69	5,78		
DOMINIO DEL ENTORNO	PRIMARIA INCOMPLETA	23,33	3,51	6,684	,245
	PRIMARIA COMPLETA	23,40	3,58		
	BASICA SECUNDARIA	19,60	4,72		
	BACHILLER ACADEMICO	24,29	3,50		
	TECNICO	23,00	5,54		
	UNIVERSITARIO	25,69	3,97		
CRECIMIENTO PERSONAL	PRIMARIA INCOMPLETA	20,67	3,06	7,616	,179
	PRIMARIA COMPLETA	19,60	3,21		
	BASICA SECUNDARIA	21,40	2,70		
	BACHILLER ACADEMICO	21,57	3,64		
	TECNICO	20,29	4,11		
	UNIVERSITARIO	23,15	1,72		
PROPOSITO DE LA VIDA	PRIMARIA INCOMPLETA	28,00	1,00	8,381	,136
	PRIMARIA COMPLETA	22,40	3,05		
	BASICA SECUNDARIA	26,20	5,36		
	BACHILLER ACADEMICO	27,43	4,43		
	TECNICO	24,00	5,92		
	UNIVERSITARIO	27,69	2,43		

Con respecto al nivel escolar, se observa que la dimensión relaciones positivas con otros es la única que tiene diferencia estadísticamente significativa ($p=0,011$).

Tabla 11. H de Kruskal-Wallis, Correlación de las escalas del Bienestar y el tiempo de convivencia.

		Media	Desviación típica	χ^2	P Valor
AUTOACEPTACION	0 A 10	19,00	2,90	3,536	,472
	11 A 21	21,43	3,59		
	22 A 32	20,50	5,82		
	33 A 43	20,63	4,03		
	44 A 54	20,67	4,41		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	0 A 10	23,50	6,22	1,881	,758
	11 A 21	23,36	6,50		
	22 A 32	25,17	3,87		
	33 A 43	22,00	8,65		
	44 A 54	21,83	3,49		
AUTONOMIA	0 A 10	28,50	6,06	5,187	,269
	11 A 21	27,36	6,58		
	22 A 32	28,50	1,76		
	33 A 43	31,63	4,75		
	44 A 54	32,00	2,68		
DOMINIO DEL ENTORNO	0 A 10	22,83	3,76	1,299	,862
	11 A 21	24,07	4,71		
	22 A 32	24,17	4,49		
	33 A 43	22,75	5,73		
	44 A 54	24,83	2,86		
CRECIMIENTO PERSONAL	0 A 10	22,33	2,66	3,476	,481
	11 A 21	21,86	3,08		
	22 A 32	20,67	3,78		
	33 A 43	22,38	2,62		
	44 A 54	19,67	3,39		
PROPOSITO DE LA VIDA	0 A 10	24,50	2,95	4,914	,296
	11 A 21	27,07	3,99		
	22 A 32	27,17	6,01		
	33 A 43	25,63	4,53		
	44 A 54	25,50	4,32		

De acuerdo a los resultados analizados en la prueba H de Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las dimensiones del bienestar psicológico y la variable tiempo de convivencia. ($p > 0,05$).

Tabla 12. H de Kruskal-Wallis Correlación de las dimensiones del Bienestar y el tipo de tratamiento.

		Media	Desviación típica	χ^2	P Valor
AUTOACEPTACION	QUIMIOTERAPIA	19,67	3,21	1,822	,610
	MASTECTOMIA	18,50	7,78		
	TODAS LAS ANTERIORES	19,54	4,74		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	QUIMIOTERAPIA	25,00	4,36	2,644	,450
	MASTECTOMIA	25,50	6,36		
	TODAS LAS ANTERIORES	20,69	6,61		
AUTONOMIA	QUIMIOTERAPIA	28,67	7,02	,332	,954
	MASTECTOMIA	26,50	2,12		
	TODAS LAS ANTERIORES	27,62	6,29		
DOMINIO DEL ENTORNO	QUIMIOTERAPIA	20,33	3,51	3,412	,332
	MASTECTOMIA	18,00	5,66		
	TODAS LAS ANTERIORES	23,08	4,29		
CRECIMIENTO PERSONAL	QUIMIOTERAPIA	24,00	,00	3,803	,283
	MASTECTOMIA	20,50	4,95		
	TODAS LAS ANTERIORES	20,54	3,69		
PROPOSITO DE LA VIDA	QUIMIOTERAPIA	24,33	,58	1,984	,576
	MASTECTOMIA	23,50	9,19		
	TODAS LAS ANTERIORES	25,08	5,30		

Al igual que la variable estadio, la variable tipo de tratamiento no presentan diferencias significativas ($p < 0,05$).

Tabla 13. H de Kruskal-Wallis, Correlación de las dimensiones del Bienestar Psicológico y el estadio del cáncer de mama.

		Media	Desviación típica	χ^2	P Valor
AUTOACEPTACION	II	17,00	5,66	4,105	,128
	III	17,20	3,96		
	IV	21,17	4,32		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	II	24,00	4,24	,360	,835
	III	21,40	4,93		
	IV	21,58	7,13		
AUTONOMIA	II	26,50	2,12	,302	,860
	III	27,40	6,19		
	IV	28,00	6,19		
DOMINIO DEL ENTORNO	II	17,00	4,24	4,081	,130
	III	21,20	4,92		
	IV	23,58	3,70		
CRECIMIENTO PERSONAL	II	20,50	4,95	,336	,845
	III	22,20	3,03		
	IV	21,00	3,79		
PROPOSITO DE LA VIDA	II	21,00	5,66	1,582	,453
	III	24,40	5,55		
	IV	26,00	4,79		

Según el estadístico de contraste aplicado, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones y el estadio del cáncer.

9. DISCUSION

El cáncer de mama, trae consigo problemáticas no solo a nivel fisiológico sino también psicológico; afecta las esferas personal, social, emocional y conyugal¹⁰⁰. Tal premisa permite observar cómo se da prioridad a las consecuencias negativas de la enfermedad, subvalorando otros aspectos que pueden contribuir a incrementar los estados de bienestar en quienes padecen la enfermedad y quienes conviven con ella. Tal hecho reforzó el interés de indagar en este estudio por los diferentes aspectos que intervienen en el bienestar psicológico no solo en las mujeres que padecen cáncer de mama, sino también en sus parejas.

En relación a lo anterior, se pudo determinar que el 85% de la población evaluada mantiene un funcionamiento mental positivo, pese a las alteraciones propias de la enfermedad, conservan funciones vitales tales como autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas con otros, auto aceptación, crecimiento personal y propósito en la vida; hecho que coincide con lo declarado por García Viniegra quien señala que a pesar de la cronicidad del cáncer y sus limitantes, este no conlleva directamente a estados mentales infelices¹⁰¹.

Por otro lado, la aplicación de la prueba permitió conocer que no existe relación entre el género y el bienestar psicológico, en virtud a que no hubo diferencias estadísticamente significativas que indicaran tal cosa, revelando con ello que la potencialidades personales no difieren entre hombres y mujeres integrantes de una pareja, cuando ella presenta cáncer de mama, si no que ambos mantienen un estado mental positivo que revela un bienestar adecuado. Tales resultados se asemejan a los reportados por Reynolds y Kaplan, Coyne y Smith¹⁰², ellos en sus estudios dieron por sentado que las personas casadas se adaptan mejor a las enfermedades crónicas que los individuos solteros o sin pareja. En ambos casos se puede observar que el buffering o teoría de la amortiguación, donde las parejas sirven como protectores de los pacientes que padecen cáncer de mama, colon o pulmón; si surten efecto a la hora de amenguar las consecuencias psicológicas de la enfermedad.

¹⁰⁰ VINIEGRAS GARCIA, Carmen Regina Victoria y GONZALES BLANCO, Maritza. Op., cit. p.

¹⁰¹ *Ibíd.*, p.74

¹⁰² BAIDER, Lea. Op., cit. p.

La valoración que dan a su vida los encuestados indica, que pese a la enfermedad de estas mujeres, ellas y sus parejas son idóneas de mantener sus capacidades en desarrollo, sosteniendo el bienestar psicológico en un índice adecuado. Al respecto diversos teóricos anuncian como la vida conyugal puede contribuir a mantener condiciones mentales satisfactorias pese al padecimiento, tal cosa ocurre con los estudios realizados por Burman y Margolis¹⁰³, en los cuales relacionan el matrimonio con la ayuda social donde los cuidados ofrecidos por la pareja mitigan los efectos generados por la tensión propia de la enfermedad. De igual manera sucede con las afirmaciones de Lea Baider, quien tras sus investigaciones determinó que la ayuda proporcionada por la pareja constituye un elemento de vital importancia a nivel emocional e instrumental, que aporta al reducir la ansiedad y a percibir menos amenazador el acontecimiento de la enfermedad.

Las implicaciones físicas de la enfermedad afectan la autoestima y por tanto la autoaceptación de igual forma en la mujer enferma como en su pareja. La población analizada mostró un nivel de autoaceptación promedio ($20,65 \pm 3.97$), esta cifra es indicador de que las personas encuestadas, pese a la enfermedad crónica se sienten bien consigo mismas y son conscientes de sus propias limitaciones reconociendo y aceptando los múltiples aspectos del yo, incluyendo lo negativo y lo positivo, lo cual depende en gran medida del grado de madurez desarrollado por el individuo.

En contraposición a ello, Pierre y Saborio¹⁰⁴ describieron en su estudio Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía, que las mujeres analizadas vivencian sentimientos de rechazo hacia sí mismas, del mismo modo en que lo perciben de parte de sus parejas, modificando los imaginarios que tienen sobre ellas, hecho que ocasiona que disminuya su autoimagen y se sientan incapacitadas para disfrutar a plenitud de su sexualidad llegando a presentar sentimientos de minusvalía.

Las relaciones positivas con otros en el grupo poblacional evaluado, mostraron calidez y confianza, apuntando directamente a un apoyo emocional recibido de la red social que rodea a los afectados por la enfermedad, es decir, a la mujer y su

¹⁰³ BAIDER, Lea. Op., cit. p.

¹⁰⁴ PIERRE THOMAS, Claudet, y SABORÍO HERNÁNDEZ, Flory. Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía.

pareja. Esto quedó demostrado en la puntuación obtenida para esta dimensión $23,15 \pm 6,10$. Al respecto Affleck, ha encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente el cáncer, quienes tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad¹⁰⁵, puesto que la percepción que poseen del apoyo recibido a través de sus congéneres los protegen de los efectos patogénicos de las vivencias estresantes que tienen lugar a lo largo del padecimiento^{106 107}. Asimismo, Erickson, Ryff y Singer¹⁰⁸ sugieren que se debe en gran medida a la capacidad de amar que mantienen los individuos, evento que se logra no solo con el apoyo de la pareja sino también por el apoyo percibido de la familia y amigos, lo cual evita el aislamiento y la soledad.

Por otro lado, se observó que las mujeres que padecen cáncer de mama y sus parejas no solo regulan su conducta sino que además mantiene su independencia, factor que conlleva a resistir la presión, mantener las convicciones, sostener una individualidad en medio del fenómeno que los acarrea, esto se precisa a partir del promedio obtenido en la dimensión de autonomía por quienes hicieron parte de la investigación ($29,25 \pm 5,32$). Esto resulta importante en la medida que demuestra que en el surgimiento y transcurso de la enfermedad los afectados son capaces de mantener niveles de independencia que conectados con otros factores como las relaciones sociales y la afectividad impiden que surjan problemáticas como el aislamiento o la soledad, las cuales agudizan los efectos patogénicos del cáncer¹⁰⁹.

Las características de la población mostraron que estos pese a la enfermedad mantienen un régimen de vida que propende por validar sus capacidades la capacidad de proponer y ejecutar objetivos, el sentido de vida que lo impulsa a continuar y avanzar hacia una meta. En esta medida, la mayoría de ellos han cursado estudios superiores y son empleados, lo cual pone en evidencia que estos son capaces de dominar su medio, tomar decisiones y trabajar para conseguir sus

¹⁰⁵ AFFLECK, G., Op., cit. p.

¹⁰⁶ KATZ, P.P y NEUGEBAUER, A. Op., cit. p.

¹⁰⁷ GÓMEZ, L; PÉREZ, M. y Vila, J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38. (2001).

¹⁰⁸ BALCAZAR NAVA, Patricia., Op., cit.p.

¹⁰⁹ GRAU ABALO, Jorge A., Op., cit. p.

objetivos, factores determinantes de la dimensión dominio del entorno, la cual obtuvo un promedio de $23,75\pm 4,40$ y propósito en la vida alcanzo un promedio $26,18\pm 4,26$. A favor de este hallazgo Salanova¹¹⁰ propone que el logro académico y laboral y el agotamiento que estos pueden producir, contribuyen a tener una mayor satisfacción y felicidad con la vida, aun cuando se está viviendo la enfermedad.

Es evidente, que las cinco dimensiones descritas anteriormente funcionan de manera adecuada contribuyendo a tener un bienestar psicológico que aporta a la funcionalidad de las mujeres que presentan cáncer de mama y sus parejas. Esto puede ser corroborado en la puntuación alcanzada en la dimensión crecimiento personal $21,53\pm 3,09$, la cual agrupa las cinco anteriores. Esto concuerda con la literatura, en la que se refiere que el bienestar psicológico no es solo un sentimiento de alegría sino también una búsqueda constante del crecimiento y de la excelencia personal que no se ve interrumpido por las problemáticas que se puedan experimentar y que se da a lo largo de la vida¹¹¹.

En esta investigación también fue posible hallar la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones propuestas por Ryff para el bienestar psicológico, encontrándose que la edad está ligada de manera directa con la autonomía, donde los grupos de edades más altos (56 a 65 años) y más bajos (25 a 35 años), mostraron un comportamiento similar ($31,79\pm 3,87$) y ($31,8\pm 5,8$) respectivamente, es decir, mayor independencia y adecuación del medio a las circunstancias.

Este tipo de relación también fue evaluada por Casullo¹¹² quien encontró que la adaptabilidad y la autonomía cambian con la edad cronológica hallándose mejores niveles en edades más altas, hecho que concuerda con los reportes de esta investigación, sin embargo se evidencio como novedad que el grupo de edad más baja (25 a 35 años) también mostró un adecuado nivel en esta dimensión.

¹¹⁰ SALANOVA, Citado en NUMA BERMÚDEZ, Anna Carolina y SANABRIA, Pablo. Op.,cit. p.

¹¹¹ ORAMAS VIERA, Arlene; SANTANA LÓPEZ, Sandra; VERGARA BARRENECHEA, Adriana. Op.,cit.

¹¹² CASULLO, M. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires. Paidós. 2002

Asimismo se encontró como novedad en esta investigación, relaciones significativas entre el grado de escolaridad y las relaciones positivas; de igual forma en el estrato socioeconómico con las relaciones positivas con otros- autonomía y crecimiento personal.

Es importante hacer mención a la relación que se da en la literatura¹¹³, a la percepción que posee el núcleo social de quien padece cáncer de mama y las opciones de recuperación de la misma, aunque esto no se evaluó en esta investigación, resulta de vital importancia reconocer que la forma en que quienes rodean a la persona enferma asuman una imagen sobre esta, ella tendrá mayores opciones de un tratamiento efectivo, tal vez, por el efecto amortiguador que genera la disposición del entorno sobre el estrés que se presenta al vivenciar los cambios fisiológico que ocasiona la enfermedad y el tratamiento. Este aspecto resulta relevante en la medida que la sociedad colombiana ha generado estrategias de cara a mitigar los efectos nocivos de esta enfermedad crónica, creando grupos de apoyo que contribuyan a incrementar el bienestar de quién padece cáncer y su grupo familiar, ayudando mediante las relaciones sociales a crear condiciones que permitan que la enfermedad sea superada de manera exitosa sin poner en riesgo la estabilidad familiar y conyugal¹¹⁴; por tal razón es indispensable involucrar en los tratamientos a todos los miembros del núcleo familiar, para generar canales asertivos y disminuir los efectos negativos que trae consigo enfermedades de esta índole, mediante estrategias (talleres, mediación en grupos de apoyo, sesiones terapéuticas individuales, de pareja, evaluación de familia) que involucren la administración de las dimensiones del Bienestar psicológico.

Asimismo, fortalecer la salud mental de la mujer desde edades tempranas enfocado en prevenir y promover el autocuidado de enfermedades crónicas, realizando campañas de concientización y sensibilización social a cargo de personal especializado en estos temas, con el fin de obtener un diagnóstico temprano, minimizar las defunciones y disminuir la estigmatización y tabús de estas patologías.

Finalmente, es propio mencionar que esta investigación se vio dificultada por distintos aspectos que impidieron la recolección oportuna de los datos necesarios para su desarrollo, esto principalmente porque la base de datos se encontraba

¹¹³ BAIDER, Lea. Op., cit.

¹¹⁴ LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. El Espectador. 10 de Octubre de 2010.

desactualizada y limitó el número de personas a contactar y por ende posibles participantes del estudio. Por otra parte las mismas condiciones de la enfermedad crean resistencia en quienes la vivencian para hablar de ella, ocasionando que varias personas se negaran a participar de la investigación.

10. CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos encontrados en el presente estudio, que contó con la participación de las mujeres vinculadas a la unidad de cancerología y sus parejas, y donde se tuvo como objetivo describir el Bienestar Psicológico en mujeres con cáncer de mama y sus parejas, pertenecientes a la Unidad de Cancerología del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, así como establecer relaciones de estas y algunas variables sociodemográficas. Se puede concluir que:

- Se observa que las mujeres con cáncer de mama y sus parejas a pesar de atravesar por una situación de enfermedad crónica, existe en un mayor porcentaje de ellos un adecuado Bienestar Psicológico corroborado por las puntuación normal-alta de la prueba; es decir poseen un desarrollo óptimo de las capacidades y potencialidades lo que contribuye al crecimiento personal.

- Respecto a las variables sociodemográficas es preciso afirmar que:

- La escolaridad está relacionada con la dimensión relaciones positivas con otros, lo cual indicó que a mayor nivel educativo se fomentan relaciones sociales más estables así como las de pareja.

- El estrato socioeconómico presentó relación estadísticamente significativa con las dimensiones relaciones positivas con otros, autonomía y crecimiento personal, sugiriendo que las personas con condiciones económicas superiores desarrollan mejor su capacidad de decisión, las relaciones interpersonales y el forjamiento de metas, retos y desafíos nuevos.

- El análisis de la variable edad, se relaciona con la dimensión autonomía, corroborando lo dicho en otras investigaciones, lo cual afirma que las personas a mayor edad desarrollan mejor la capacidad de decisión; sin embargo, se encontró como novedad que el grupo de menor edad (25 a 35) también poseen esta característica.

- Al realizar la correlación de las variables estado civil, ocupación, tiempo de convivencia, estadio del cáncer y tipo de tratamiento, no se hallaron diferencias

estadísticamente significativas con ninguna de las dimensiones del Bienestar Psicológico.

○ Respecto a las dimensiones del Bienestar Psicológico, es cabal decir que:

Los resultados obtenidos en las dimensiones que componen el Bienestar Psicológico (autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal), lograron puntuaciones cerca del rango máximo, lo cual indica que a pesar de la enfermedad crónica (Cáncer de mama) la población participante mantiene un óptimo funcionamiento mental positivo, es decir que están en un adecuado equilibrio emocional, social, psicológico. De este modo se establece que existe Bienestar psicológico en un alto porcentaje de los participantes de esta investigación, los cuales son capaces de enfrentar experiencias que son modeladas por medio de las emociones y estrategias con las que cuenta cada individuo, en función de la autonomía y el dominio del entorno, permitiendo a los sujetos una visión de crecimiento, desarrollo y aceptación hacia sí mismo; el cual es un proceso que se construye a través del ciclo evolutivo y no se especifica en un momento determinado de la vida del sujeto.

11. RECOMENDACIONES

Teniendo como referencia los resultados, las conclusiones y el proceso vivido con cada una de las parejas de este estudio, se plantean las siguientes recomendaciones en aras de fortalecer el tratamiento y apoyo brindado a las personas que padecen cáncer de mama, con el fin de ser más llevadero el proceso de enfermedad – cura, con base en las dimensiones, para un óptimo Bienestar Psicológico tanto de la persona que lo padece como de la pareja:

- Es necesario realizar investigaciones y fortalecer los conocimientos teóricos en temas tales como: Bienestar psicológico, felicidad, locus de control, resiliencia; con el fin de que contribuyan a sobrepasar los estigmas socioculturales que forjan resistencia en las personas que atraviesan por esta situación.
- Resulta pertinente realizar estudios que tengan como foco principal tratar interrogantes tales como, las dificultades de quienes padecen enfermedades crónicas siendo solteras y sin apoyo socio familiar, repercusiones en los hijos y demás miembros del entorno familiar y profundizar las esferas psicosociales de las pareja frente a las patologías crónicas; lo anterior, con el propósito de que contribuyan a esclarecer y aportar al medio clínico-psicológico resultados que conlleven a mejorar las intervenciones a estas personas.
- Es propio generar un plan de intervención en alianza con centros oncológicos especializados, con el objetivo de ofrecer un tratamiento integral adecuado que esté relacionado con las dimensiones del Bienestar psicológico, las cuales contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer de mama y su núcleo socio familiar.
- Es necesario por parte de la Unidad de Cancerología la actualización de la base de datos de las mujeres perteneciente a ésta, con el fin de corroborar e incluir nueva información, aclarar índices de mortalidad, y datos generales con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y seguimiento suministrado a estas personas y de esta forma facilitar futuras investigaciones en esta temática.

BIBLIOGRAFIA

AFFLECK, G., *et al.* Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77. (1988).

ARISTOTELES. *Ética a Nicómaco*, alianza editorial, 2004

ARTUNDUAGA RODRÍGUEZ, Andry Yisseth; RODRÍGUEZ, Edna Tatiana y

BAIDER, Lea. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. 2003, Vol. 3, Nº 1, pp. 505-520.

BALCÁZAR NAVA, Mtra. Patricia., *et al.* Adaptación a la escala del bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *EN revisyta científica electrónica de psicología, Icsa-UAEH*, Nº. 7

BAYES Ramón y TORO Josep; *PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA*. Edit. Martínez Roca, Año 2000.

BUSTOS GAONA, Isnelda y REY, Hernánda. Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para cáncer gástrico de la unidad de Cancerología de Neiva 2007-2008

CANCER DE MAMA, tiempo EN": [en línea] [consultado el 22 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama>.

CANCER. Las principales enfermedades de nuestro tiempo EN": [en línea] [consultado el 22 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/caucan.htm>

CASAL, Jordi y MATEU, Enric. Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.* (2003), nº 1. 3-7 p.

CASULLO, M. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires. Paidós. . 2002.

CENTRE DE SEXOLOGIA SABADELL. [en línea]. [consultado 8 Mar. 2010]. Disponible en <<http://www.sexologias.com/html/relacion.htm> >

CERON CHARRY, Tatiana; CERRATO VILLALBA, Tomas y RODRIGUEZ, Gustavo E. Prevalencia de cáncer de mama en el Hospital General de Neiva 1980-1996

CICLO VITAL FAMILIAR. Pareja. . [en línea]. [consultado 8 Mar. 2010]. Disponible en <http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf >

CLEVES DE LOPEZ, Consuelo; NARVAEZ NIETO, Anyulibeth. Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de pacientes con cáncer de cérvix en la ciudad de Neiva; universidad cooperativa de Colombia, facultad de ciencias de la salud, programa de psicología. 2002

COLLAZOS TOVAR, Luz Adriana. Narrativas de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer cérvico uterino que consultan a la Liga de Lucha Contra el Cáncer sede Neiva, con edades entre 40-50 años de edad.

DÍAZ y SÁNCHEZ. Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios, Citado por BALCÁZAR. NAVA, Mtra Patricia, Lic., et al. revista científica electrónica de psicología. Icsa-uaeh No.7

DÍAZ, Darío., *et al.* Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff: Madrid: 2006. Vol. 18, nº 3, 572-577 p.

DÍAZ Darío; RODRÍGUEZ-CARVAJAL, Raquel; MORENO-JIMÉNEZ, Bernardo. En Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff; Universidad Autónoma de Madrid y * Erasmus University Rotterdam

DIENER, BRADBURY. Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. Citado por BENATUIL. Bienestar subjetivo. EN, revista científica electrónica de psicología.

DIENER., Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes pre universitarios, Citado por BALCÁZAR NAVA, Mtra. Patricia., et al. En Revista Científica Electrónica De Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México, Icsa-Uaeh No.7.

ELIAS, Sonia, CONTRERAS Alvaro y LLANQUE Carlos. Cáncer o carcinoma de mama. Revista paceña de medicina familiar. 2008; 5(7): 14-23

ESTRELLA DURÁ, Jorge. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Universidad de valencia. Revista de psicología social, 1991, 6 (2) 257-271.

FERLEY, J., *et al.* Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base Nº. 10. Lyon, France: International Agency for research on Cancer; 2010. EN: Revista Colombiana de Cancerología, "Supervivencia en pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora asociada a radioterapia en el instituto nacional de cancerología", vol., 15, Nº 2, 2011.

GARCIA FERNANDEZ, Rosalba. Medicina nuclear en la clínica oncológica. Mexico: mcgraw-hill interamericana, 89-98 p

GARCÍA-VINIEGRAS, Carmen R Victoria y GONZÁLEZ BENÍTEZ, Idarmis. La Categoría Bienestar Psicológico. Su Relación con Otras Categorías Sociales; En Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):586-92

GARCÍA-VINIEGRAS, Carmen R Victoria. Construcción y validación de una técnica para evaluar bienestar psicológico. Trabajo de grado Doctora en Ciencias de la Salud. Habana.: Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana. Facultad Miguel Enríquez, 2004. 11 p.

GARCIA-VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria; GONZALEZ BLANCO, Maritza. Bienestar Psicológico y Cáncer de mama EN: avances en psicología latinoamericana/ año 2007/ vol. 25

GARNICA LAGOS, Yamile y DUARTE AGUDELO, Jaime. Liga colombiana contra el cáncer: Cáncer de mama- Generalidades. [en línea]. [consultado 10 de mayo de 2011]. Disponible en: <<http://www.ligacancercolombia.org/files/2008%20-%20Documento%20tecnico%20mama.pdf>>

GIESE-DAVIS, Janine., *et al.* Quality of Couples' Relationship and Adjustment EN: Journal of Family Psychology. 2000, Vol. 14, No. 2, 251-266

GÓMEZ DANTÉS Héctor., *et al.* El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad. Versión preliminar 1 Enero 2009

GÓMEZ, L; PÉREZ, M. y Vila, J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. Psicología Conductual, 9, 5-38. (2001).

GOOLD, WILLIAMS Y ARNOLD. Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos, Citado por BAIDER, Lea. . 2003, Vol. 3, N° 1, pp. 505-520

GRAU ABALO, Jorge A., *et. al.* La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev Cubana Oncol 1999;15(1):49-65

GROSS, Socorro. El Cáncer es la segunda causa de muerte en Latinoamérica, dice Organización Panamericana de la Salud. [en línea]. Disponible en<http://rimix.com/rimixradio/VerNot.php?id=4324&_pagi_pg=44>

GUTIÉRREZ ALVAREZ, Angélica María. Caracterización de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de la Unidad de Cancerología del Huila; entre el 1de enero de 2005 hasta 31 de diciembre del 2007

HERNANDEZSAMPIERI, Roberto; COLLADO- FERNANDEZ, Carlos y LUCIO BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2008. 5 p.

HERNANDEZSAMPIERI, Roberto; COLLADO- FERNANDEZ, Carlos y LUCIO BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2008. 262 p.

KATZ, P.P y NEUGEBAUER,A. Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269. (2001).

KUBOVY. Estado del arte, y perspectiva actual del concepto del bienestar psicológico en psicología del deporte, En *Revista latinoamericana de psicología*, Citado por ROMERO CARRASCO, Alicia E, GARCIA-mas, Alexandre y BRUSTAD, Rober J, Vol 41, nº 2,335-347 p.

LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. *El Espectador*. 10 de Octubre de 2010.

LANDERMAN, GEORGE, CAMPBELL Y BLAZER, 1989. Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos, Citado por BAIDER, Lea. 2003, Vol. 3, Nº 1, pp. 505-520.

MANNE, Sharon., *et al.*, Couples' Support-Related Communication, Psychological Distress, and Relationship Satisfaction Among Women With Early Stage Breast . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004, Vol. 72, No. 4, 660–670

MEDLINE PLUS, Información de salud para usted. Cáncer. "EN": [en línea]. [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001289.htm>>

MEDLINEPLUS, Enciclopedia medica en español. Mama o seno femenino. A.D.A.M, Quality. 1997-2007.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL E INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, E.S.E. Anuario estadístico 2009. Bogotá, Abril de 2011. Vol. 7.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. El cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Instituto nacional de cancerología E.S.E. 2004.

NOVOA GÓMEZ, Mónica María; CAYCEDO, Claudia; AGUILLÓN Mónica y SUÁREZ ÁLVAREZ Raquel Andrea. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana-Bogotá (Colombia) Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N°10, 2008, pp. 177-192

NUMA BERMÚDEZ, Anna Carolina y SANABRIA, Pablo. Relación entre el bienestar psicológico, las habilidades de afrontamiento y la edad de los sujetos; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, Diciembre de 2007

OBISPOS CASTELLANOS, Shirley Alexandra, PERTUZ VERGARA, Maryori, RIVERA PARADILLA, Yady Karina. En: Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes posquirúrgicos y con tratamiento de cáncer de tiroides; Pontificia Universidad Javeriana, facultad de Psicología, Bogotá octubre de 2005

OBLITAS, L. Psicología de la Salud y calidad de vida. México: Editorial Thompson Learning. (2006).

ORAMAS VIERA, Arlen; SANTANA LÓPEZ, Vergara Barrenechea; Sandra Adriana. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006;7(1-2):34-9

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer de mama, prevención y control <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptiva N°297 Febrero de 2012 en línea <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

PALAMARCHUK, Olena. Secretaria Departamental de Salud. Neiva.

PIERRE THOMAS, Claudet, y SABORÍO HERNÁNDEZ, Flory. Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. Repercusiones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Facultad de psicología

RODRÍGUEZ CANAVAL, Rocío, ROMERO ANDRADE, Andrés Felipe y VEGA VARGAS, Edwin Alberto. Caracterización de la población femenina diagnosticada con cáncer de seno y tratada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo - Unidad de cancerología .2006

RODRÍGUEZ-CARVAJAL, Raquel, DÍAZ MÉNDEZ Darío., et al. Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico: Madrid, 2010. Vol. 22, nº 1, 63-70 p.

ROMERO CARRASCO Alicia E, GARCÍA-MAS Alexandre Y BRUSTAD Robert J. Estado Del Arte, Y Perspectiva Actual Del Concepto De Bienestar Psicológico En Psicología Del Deporte; En Revista Latinoamericana de Psicología | Volumen 41 | Nº 2 | p. 335-347 | 2009 | ISSN 0120-0534

RYAN Y DECI. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, Citado por RODRÍGUEZ-CARVAJAL, Darío Díaz Raquel., et al. Vol. 18, nº 3, 572-577 p.

RYAN, Richard M y DECI, Edwar L. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimónico well-being. Annu . Rev.Psychol. 2001. 52: 141-66.

RYFF, Carol D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. En journal of personality and social psychology.1989, vol.57, Nº.6, 1069-1081

SARGIOTTI, Veronica. Pareja. [en línea]. [consultado 8 Mar. 2010]. Disponible en <<http://www.maestropsicologo.com/que-es-una-pareja/>>

SCHMUTTE, Pamela S. y RYFF, Carol D. Personality and Well-Being: Reexamining Methods and Meanings. Journal of Personality and Social Psychology. 1997. Vol. 73. No. 3, 549-559

SHOLTIS BRUNNER, Lilian y SMITH SUDDARTH, Doris. Manual de la enfermería.mexico: Mcgraw-hill interamericana. 4º edición. 1040 p.

SHUMAN Robert, VIVIR CON UNA ENFERMEAD CRÓNICA.Edit. Paidos, Iberica, S. A., Año 1999.

SORIANO, J. Bienestar Psicologico y Cancer de mama, Citado por GARCIA-VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria; GONZALEZ BLANCO, Maritza. EN: avances en psicología latinoamericana/ año 2007/ vol 25

UNIVERSITY OF MARYLAND MEDICAL CENTER (UMMC). All rights reserved."EN": [en línea]. [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.umm.edu/esp_ency/article/001289sym.htm>

VALLEJO BRAVO, Germán Darío y RONCANCIO OCAMPO, Vanessa. Características socio demográficas, síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos en tratamiento; ubicados en la Unidad de Cancerología de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva

VASQUEZ, Carmelo, HERVAS, Gonzalo, RAHONA, Juan José y GOMEZ Diego. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones de la psicología positiva. Anuario de psicología clínica y de la salud. 5(2009)15-28.

VINIEGRAS GARCIA, Carmen Regina Victoria y GONZALES BLANCO, Maritza. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Vol 25/pp. 72-80/2007.
VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria; GONZALEZ BLANCO, Maritza. EN: avances en psicología latinoamericana/ año 2007/ vol 25

WIESNER, Carolina, CONTRERAS, Ana C y CASTRO, JULIETTE. El centro de educación de pacientes con cáncer y sus familias: la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. EN: Revista Colombiana de Cancerología, "Supervivencia en pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora asociada a radioterapia en el instituto nacional de cancerología", vol., 15, N° 2, 2011.

ANEXOS

Anexo A. Datos Sociodemográficos

INSTRUCCIONES

El cuestionario a continuación se hace con el fin, de obtener datos sociodemográficos y de la enfermedad con el fin de conocer diversos aspectos e información sobre los participantes de este estudio.

Por favor evalúe lo más honestamente posible cada frase. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y sólo serán empleadas con fines de investigación. A continuación encontrará una serie de preguntas a las cuales debe responder con una x

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **Género:** H M

2. **Edad:** _____

3. **Estado Civil:** Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Unión libre Soltero/a

4. **Estrato socioeconómico:** Uno Dos Tres Cuatro
Cinco Seis

5. **Ocupación u oficio:** _____

6. **Escolaridad:** Primaria Incompleta Primaria completa
Básica secundaria Bachiller Académico Técnico Universitario

7. **Tiempo de convivencia con la pareja:** _____ años

2. DATOS DE LA ENFERMEDAD

Tipo de tratamiento: Quimioterapia Radioterapia
Cirugía (Mastectomía) Todos los anteriores

Estadio del cáncer de mama: I II III IV

Anexo B. Test sobre bienestar psicológico

Darío Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez,
Ismael Gallardo,
Carmen Valle y Dirk van Dierendonck*
Universidad Autónoma de Madrid y * Erasmus University Rotterdam

INSTRUCCIONES

En este test se presentan frases que describen diversos aspectos de la vida cotidiana. Por favor evalúe lo más honestamente posible cada frase. Las respuestas nos son correctas ni incorrectas; por tal razón, no se abstenga de contestar.

Sus respuestas son absolutamente confidenciales y sólo serán empleadas con fines de investigación.

A continuación usted encontrará una serie de enunciados frente a los cuales encontrará opciones de respuesta que van desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*. Examine cuidadosamente cada oración y marque en la columna de la derecha una X en la columna que corresponda de acuerdo con la siguiente escala:

Opciones de Respuesta

1	Totalmente en desacuerdo
2	Moderadamente en desacuerdo
3	Ligeramente en desacuerdo
4	Ligeramente de acuerdo
5	Moderadamente de acuerdo
6	Totalmente de acuerdo

Ejemplo:	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 Soy alegre	X					

La persona respondió totalmente en desacuerdo a la pregunta de si es alegre.

SI HA COMPRENDIDO LAS INSTRUCCIONES PUEDE COMENZAR CON EL CUESTIONARIO BIENESTAR PSICOLOGICO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA Y SUS PAREJAS.

AFIRMACIONES		Totalmente en desacuerdo	Moderadamente En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga o recompense.						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						

10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones u opiniones.						
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						

AFIRMACIONES		Totalmente en desacuerdo	Moderadamente En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
23	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos, discutibles o controversiales.						
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo						
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
26	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

Anexo C. Operacionalización de variables

FACTORES	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA O CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	FUENTE PRINCIPAL
BIENESTAR PSICOLÓGICO	AUTO ACEPTACIÓN	Sentirse bien consigo mismo, a pesar de sus limitaciones.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni a favor ni en contra. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Escala	Numérica	Test
	RELACIONES POSITIVAS	Mantener relaciones sociales con otras personas.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni a favor ni en contra. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Escala	Numérica	Test
	AUTONOMIA	Mantener sus convicciones, autodeterminación, individualidad, independencia y autoridad personal	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni a favor ni en contra. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Escala	Numérica	Test
	DOMINIO DEL ENTORNO	Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni a favor ni en contra. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Escala	Numérica	Test
	CRECIMIENTO PERSONAL	Empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni a favor ni en contra. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Escala	Numérica	Test

	PROPÓSITO EN LA VIDA	Marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni a favor ni en contra. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Escala	Numérica	Test
--	----------------------	---	--	--------	----------	------

FACTORES	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA O CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	FUENTE PRINCIPAL
SOCIO DEMOGRÁFICOS	GENERO	características físicas	Hombre Mujer	Nominal	Numérica	Test.
	EDAD	Años cumplidos de la persona en el momento de aplicar el cuestionario	De 25 a 35 años De 36 a 45 años De 46 a 55 años De 56 a 65 años	Nominal	Numérica	Test.
	ESTADO CIVIL	El estado civil es un conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con la familia de donde proviene, o con la familia que ha formado y con ciertos hechos fundamentales de la misma personalidad.	Casado/a Unión libre	Nominal	Numérica	Test.
	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida	Uno, Dos, Tres, Cuatro Cinco	Ordinal	Numérica	Test.
	OCUPACIÓN	U Trabajo actual	Ama de casa	Nominal	Numérica	Test.

	OFICIO	de los participantes	Pensionado Empleado Desempleado			
	ESCOLARIDAD	Año cursado por la persona en el momento de la entrevista.	Primaria Básica secundaria Bachiller académico Técnico universitario	Nominal	Numérica	Test.
	AÑOS DE CONVIVENCIA CON LA PAREJA	Tiempo de convivencia de la pareja	De 0- 10 años De 11-21 años De 33 a 43 años De 44 a 54 años	Nominal	Numérica	Test.

Anexo D. Prueba piloto

AFIRMACIONES		SUGERENCIAS ENCUESTADOS										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	NO	NO	NO	NO	SI CAMBIAR SATISFAGA	NO	NO	NO	NO	NO
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8	No tengo muchas personas que	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	quieran escucharme cuando necesito hablar	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	Soy una persona activa al realizar los	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	proyectos que propuse para mí mismo										
1 2	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1 3	Tiendo a estar influenciado o por la gente con fuertes convicciones	NO	NO	SI CAM BIAR CON VICC IOES	SI CAM BIAR CON VICC IOES	SI CAM BIAR CON VICC IOES	SI CAM BIAR CON VICC IOES	NO	NO	NO	NO
1 4	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1 5	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1 6	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1	Me gusta la	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

7	mayor parte de los aspectos de mi personalidad											
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	Es difícil para mí	NO	NO	NO	NO	SI CAM	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos					BIAR POL EMIC OS					
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	crecimiento										
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	NO									

Anexo E. Consentimiento informado

Título de la investigación: “BIENESTAR PSICOLOGICO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA Y SUS PAREJAS”.

Objetivo de la investigación: Identificar el grado de bienestar psicológico de la mujer con cáncer de mama y su pareja.

¿Qué se propone en este estudio?

Este estudio tiene como fin indagar las diversas dimensiones del bienestar psicológico, con el fin, de identificar las fortalezas y debilidades que asume las partes en el proceso de enfermedad- cura.

¿Cómo se seleccionaran a los participantes?

Los participantes serán seleccionados dependiendo de los criterios de inclusión citados a continuación:

- Mujeres con edades entre los 25 y 65 años de edad,
- Tener pareja heterosexual estable y convivir con ella,
- Pertenecer a la Unidad de Cancerología,
- Tener cáncer de mama y estar bajo su debido tratamiento.

La prueba no se aplicara a la población que cuente con los siguientes criterios:

- No cumplir con los criterios de inclusión.
- No pertenecer a la Unidad de Cancerología.
- Tener cualquier otro tipo de cáncer, enfermedad o trastorno psiquiátrico.

Riesgos y beneficios:

La presente investigación denominada “Bienestar Psicológico en Mujeres con Cáncer de Mama y sus Parejas” se encuentra dentro del riesgo mínimo, puesto que se empleara un cuestionario y no se modulara la conducta de los participantes, de igual forma, el estudio no conlleva en su concepto, en su desarrollo, ni en la publicación de resultados lesiones a la dignidad humana y menos aun en su integridad física y psicológica, de igual forma se tendrá total confidencialidad de nombres y apellidos de los participantes.

Para tales efectos el estudio se acogerá a la normatividad existente para su desarrollo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Según la Resolución 8430 de 1993 en el Título 2, Capítulo 1, Artículo 11, Numeral a, el presente protocolo es clasificado como una investigación, de igual forma se acogerá a la ley 1090 de 2006 en el Título II, artículo 2º, Numeral 9.

Compensación: Este estudio brindara a los participantes compensación psicológica.

Confidencialidad:

En momento se maneja estricta confidencialidad de datos de identificación, los cuales no serán publicados y solo serán de conocimiento de las investigadoras ESTEFANIA TRUJILLO CERQUERA Y NORMA CONSTANZA LOPES FIERRO, las cuales manejaran estricto respeto para no vulnerar ningún derecho de los participantes.

Participación voluntaria:

La participación es estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio:

El participante tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento de la investigación si observa que se están vulnerando sus derechos. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

A quién contactar en caso de preguntas e información sobre los derechos como participante en el estudio:

Investigadoras:

ESTEFANIA TRUJILLO CERQUERA

CEL: 3164384460

Estudiante x semestre de la Universidad Surcolombiana

NORMA CONSTANZA LOPEZ FIERRO

CEL: 3123170288

Estudiante x semestre de la Universidad Surcolombiana.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. Las investigadoras me han explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación.

NOMBRE Y APELLIDOS

CEDULA DE CIUDADANÍA

Anexo F. Tablas complementarias.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PUNTAJE TOTAL DEL BIENESTAR PSICOLOGICO	40	102,00	174,00	144,5000	18,84076
N válido (según lista)	40				

Rangos

	CARACTERISTICAS FISICAS	N	Rango promedio	Suma de rangos
AUTOACEPTACION	HOMBRE	20	22,43	448,50
	MUJER	20	18,58	371,50
	Total	40		
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS	HOMBRE	20	22,40	448,00
	MUJER	20	18,60	372,00
	Total	40		
AUTONOMIA	HOMBRE	20	22,90	458,00
	MUJER	20	18,10	362,00
	Total	40		
DOMINIO DEL ENTORNO	HOMBRE	20	23,23	464,50
	MUJER	20	17,78	355,50
	Total	40		
CRECIMIENTO PERSONAL	HOMBRE	20	20,30	406,00
	MUJER	20	20,70	414,00
	Total	40		
PROPOSITO DE LA VIDA	HOMBRE	20	22,18	443,50
	MUJER	20	18,83	376,50
	Total	40		