

Resumen: La relación entre el estrés y el cáncer es un tema debatido en la literatura científica. El presente trabajo tiene como objeto averiguar si las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, tanto si todavía desconocían su diagnóstico ($n=71$), como si estaban en tratamiento ($n=106$) diferían de otros dos grupos control de mujeres con patología benigna ($n=290$) y con mamas normales ($n=143$) en la severidad y frecuencia de eventos vitales estresantes y en el grado de apoyo social percibido en los dos últimos años. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre estos cuatro grupos ($n=610$ mujeres) en la severidad y frecuencia de los eventos vitales estresantes tomados globalmente, ni en apoyo social, siendo la edad la variable más relevante a la hora de producir diferencias. Sin embargo, agrupando los eventos vitales según su naturaleza y analizándolos específicamente, algunos resultados mostraron que la interacción del diagnóstico y la edad era significativa.

Palabras Clave: Eventos vitales estresantes, Cáncer de mama, Estrés, Apoyo social, Factores psicosociales de vulnerabilidad

Abstract: The relationship between stress and cancer is a controversial topic in the scientific literature. The aim of the present paper is to study whether women diagnosed of breast cancer, pre-biopsy cancer women ($N=71$) and undergoing cancer treatment women ($N=106$), differ from healthy control women ($N=143$) or benign breast disease ($N=290$) in relation with severity and frequency of life-stress events and with the degree of perceived social support in the last two-years. Results show that there are not overall significant differences between these four groups ($N=610$ Ss) regarding life stress events' severity and frequency neither social support. However, if age is taken into account, some interactions between such variable and the type of diagnosis are found.

Key words: Life events, Breast cancer, Stress, Social support, Psychosocial vulnerability factors.

Title: *Life stress events as vulnerability factors in breast cancer*

Introducción

La posible relación entre el estrés y el cáncer ha sido un tema debatido desde hace por lo menos dos siglos (Guy, 1759; Snow, 1893). El propio Herbert Snow publicó, a finales del siglo XIX en *Cancer and cancer process* que el 62% de los paciente estudiados en el *Cancer Hospital* de Londres habían sufrido problemas importantes o habían tenido un estrés significativo anteriormente a la aparición de la enfermedad.

Desde entonces se ha barajado la idea de que el estrés pudiera ser incluido como uno de los posibles factores etiopatogénicos de la enfermedad neoplásica. Así, algunos autores han establecido un nexo de unión entre estos dos elementos, por ejemplo, Lehrer (1980) relacionó el estrés con carcinoma gástrico; Jacobs y Charles (1980) con carcinoma en niños y Eysenck (1984), con cáncer de pulmón.

Aunque esta hipótesis directa no puede ser refrendada a la luz de los resultados actuales, por lo menos sin el concurso de otros factores de tipo biológico (hereditarios, etc.) y probablemente psicológicos (personalidad,

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Julia Sebastián Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma. 28049 Madrid.
E-mail julia.sebastian@uam.es

© Copyright 2000: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

etc.), algunos resultados acumulativos en esta área de estudio apuntan la conveniencia - para algunos la necesidad- de que se siga estudiando el estrés como posible factor a tener en cuenta tanto en su proceso de adaptación psicosocial a la enfermedad, como en su progresión, e incluso en la aparición de la misma.

Inicialmente, el interés de los investigadores se situaba en aislar episodios o sucesos que producían estrés emocional y que hubieran podido jugar un papel como precursores en el desarrollo del cáncer (en particular, cáncer de mama) sin tener en cuenta, la mayoría de las veces, otro tipo de factores (predisposición hereditaria, por ejemplo). En este sentido, se ha tratado de identificar en los pacientes con cáncer la presencia de eventos estresantes relacionados con los siguientes sucesos vitales: pérdida de personas significativas, más concretamente padres y pareja (Scherg, y cols., 1981, 1988; Leshan y cols., 1966; Baltrusch y cols., 1985; Eicher y cols., 1977; Greer y Morris, 1975; Bageley, 1979; Cheang y Cooper, 1985) procesos de separación o divorcio (Muslin y cols., 1966; Moss y cols., 1980; Leck y cols., 1978) o con una serie de eventos acumulativos, alguno de los cuales podía referirse a experiencias traumáticas como guerras (Scherg y cols., 1988). En muchos casos, los resultados han mostrado que en los grupos diagnosticados de cáncer la presencia de estos eventos era mayor que en los grupos control utilizados, ya sean éstos de personas sanas y/o con otro tipo de patología (Ramirez y cols., 1989; Kune, 1993). Ahora bien, en la literatura también se pueden encontrar otros trabajos de investigación en donde esta relación no se ha podido constatar, por lo que el tema es muy controvertido (Priestman, Priestman y Bradshaw., 1985; McGee, Williams y Elwood, 1996), y los problemas tanto de índole metodológica

como teórica hacen muy dificultoso la consecución de resultados claros y definitivos en esta área.

Con respecto a los estudios realizados con animales, Justice (1985) recogió un buen número de variables que modelaban la influencia del estrés en la incidencia y crecimiento de tumores (espontáneos e inducidos) como la duración del estrés, su intensidad, origen y tamaño del tumor, etc.). En muchos trabajos se ponía de manifiesto la respuesta de inmunosupresión a la situación estresante. Sin embargo, la posible aplicación de los resultados de los animales a los seres humanos esta sujeta a controversia. Fox (1998) ha expuesto las razones por las que no apoya la aplicación directa de estos hallazgos al género humano. Precisamente, los estudios de Eysenck y colaboradores (Eysenck, 1985, 1988) basados inicialmente en hallazgos experimentales, han postulado un fenómeno específicamente humano como es la *teoría del efecto de inoculación al estrés*, por el cual los sujetos con un alto grado de neuroticismo (inestables emocionalmente) y que por ello probablemente padecen estrés crónico, estarían menos expuestos a la enfermedad neoplásica, que los sujetos con bajas puntuaciones en neuroticismo, ya que el estrés crónico es un factor de protección o inoculación, al no reducir la efectividad del sistema inmune (Eysenck, 1983).

Probablemente, los trabajos del grupo de C. L. Cooper y su equipo sean los más conocidos y, con toda seguridad, han marcado pautas para los desarrollados posteriormente, si bien, tampoco están exentos de cuestionamiento. Sus investigaciones comenzaron en la década de los ochenta con un diseño cuasi-prospectivo. Así, Cheng y Cooper (1985) con una muestra de 121 mujeres en espera de una biopsia mamaria, de las que 46 resultaron tener cáncer de mama y 75 un diagnóstico benigno,

hallaron que las pacientes con cáncer experimentaban significativamente más eventos altamente estresantes (fundamentalmente pérdidas) que otros dos grupos control de mujeres sanas y con diagnóstico benigno. A partir de este trabajo y de algunas otras consideraciones de carácter teórico y metodológico Cooper, Cooper y Faragher (1985) desarrollaron su instrumento para medir acontecimientos vitales.

Pero el meollo de su trabajo lo constituyó una amplia investigación cuyos datos estadísticos fueron reanalizados posteriormente varias veces. La muestra estaba constituida por 2163 mujeres, de las cuales 171 resultaron tener un cáncer de mama, 155 quistes, 1110 tuvieron un diagnóstico de patología benigna (fibroadenosis) y 727 de mamas normales. Cooper y cols. (Cooper, Cooper y Faragher, 1986), inicialmente, encontraron que las pacientes con cáncer de mama, frente a los otros grupos, experimentaron un mayor número de pérdidas o enfermedades, aunque el número total de eventos sufridos era menor, percibían sus vidas como más estresantes y utilizaban pocas estrategias de afrontamiento. Sin embargo, algunos de estos datos estaban influidos por la edad, ya que el grupo de mujeres con cáncer tenía un promedio de edad más elevado que los demás grupos (Cooper, Cooper y Faragher, 1986). En 1989, Cooper, Cooper y Faragher (1989) revisaron en mayor profundidad estos datos encontrando que el grupo de pacientes con cáncer se caracterizaba por haber sufrido un mayor número de pérdidas personales que implicaban una relación muy cercana (familiares y amigos), y por una mayor incidencia de enfermedades y de situaciones de jubilación y retiro. Analizando las puntuaciones en severidad de los eventos estresantes vitales se observó que las pacientes con cáncer percibían estos eventos como más impactantes que los otros grupos. La

ordenación de los grupos en cuanto a la valoración del impacto de los eventos fue la siguiente de mayor a menor: diagnóstico de cáncer, mamas con quistes, patología benigna y mamas normales, lo que llevó a Cooper a afirmar que algunos eventos vitales estaban relacionados con enfermedades de la mama. Por último, también se constató que las mujeres de la muestra creían tener control sobre los eventos negativamente relacionados con la ocurrencia del cáncer. (eventos cuya frecuencia de ocurrencia era mayor en los grupos no diagnosticados de cáncer), y escaso o ningún control sobre los eventos positivamente relacionados con la ocurrencia del cáncer. (eventos cuya frecuencia de ocurrencia era mayor en el grupo diagnosticado de cáncer). De nuevo la edad aparecía relacionada con los eventos que a su vez estaban relacionados con el cáncer. Sin embargo, controlando posteriormente el efecto de la variable edad se volvieron a hallar los mismos resultados comentados anteriormente.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, Cooper y Faragher (1992) encontraron, analizando más pormenorizadamente los datos y sobre todo controlando la variable edad, una relación muy débil entre el diagnóstico de cáncer y la utilización de estrategias de afrontamiento de evitación y negación, la internalización de los problemas, el rechazo de la búsqueda de apoyo y la utilización de un menor número de estrategias de afrontamiento. Tampoco en otros trabajos se habían obtenido los resultados esperados, aun después de intentar varios tipos de procedimientos a la hora de analizar los datos (Edwards y col., 1990).

El trabajo de 1993 (Cooper y Faragher, 1993) es una recopilación de los tres artículos anteriores donde se estudiaron independientemente las relaciones del cáncer de mama -en algunos casos sería mejor hablar de patología mamaria- con los siguientes

elementos: eventos vitales, patrón A de conducta, y estrategias de afrontamiento. En este artículo, además de resumir los resultados anteriores dividieron la muestra en dos grupos, mujeres con cáncer de mama y el resto de los grupos –aunque finalmente se quedaron sólo con el grupo de mujeres con mamas normales- y jugaron con la inclusión o no de la variable edad como variable independiente. En conjunto, los resultados del análisis de regresión mostraron que el riesgo de padecer cáncer estaba asociado a la edad, una mayor percepción del impacto negativo de algunos eventos vitales, la negación de problemas y la dificultad de expresión de la ira. Por último, solamente mencionar que no se encontró una relación significativa entre personalidad Tipo A y cáncer de mama (Faragher y Cooper, 1990). La continuidad del trabajo de este equipo ha tenido como elementos de importancia la edición de una serie de libros acerca de la relación entre factores psicosociales (estrés, personalidad, etc.) y cáncer (Cooper, 1986, 1988; Cooper y Watson, 1991; Cooper, 1996).

Otros trabajos de la década de los noventa (Ver McGee, Williams y Elwood, 1996 y Faragher, 1996 para una revisión de trabajos anteriores) sí parecen apoyar de forma más clara esta relación entre eventos estresantes vitales y aparición del cáncer de mama. Geyer (1991) con una muestra de 97 mujeres prebiopsia, de las cuales 33 iban a recibir un diagnóstico de cáncer y 59 un diagnóstico benigno, encontró a partir de un path análisis una relación significativa entre eventos estresantes y aparición de cáncer de mama, no solo en los tres años anteriores al diagnóstico, sino también cuando se investigaba por un periodo retrospectivo de 8 años. En 1993, con la misma muestra a la que se le añadió un grupo control de 20 mujeres con una patología del riñón, halló que para las mujeres

diagnosticadas de cáncer los eventos vitales eran más amenazantes que para los otros dos grupos de mujeres y que habían sufrido un mayor número de eventos de pérdidas importantes. La frecuencia de antecedentes familiares de cáncer era muy semejante en los grupos maligno y benigno, no así en el grupo control de patología del riñón en donde era menor que en los grupos anteriores.

Angelopoulos y col. (1995) con una muestra de varones y mujeres que sufrían de varios tipos de cáncer solo pudieron encontrar diferencias, en el caso de las mujeres, entre el grupo de cáncer y el de control en cuanto a una mayor puntuación obtenida en una escala de eventos vitales estresantes. No aparecieron diferencias en el caso de los varones.

Algunos de los problemas metodológicos de los que adolece este tipo de investigación han sido reseñados por diversos autores (Cooper, Cooper y Faragher, 1985; Edwards, y col. 1990; Geyer, 1991; Kune, Kune, Watson y Bahnson, 1991; Paykel y Rao, 1986) En general, y centrándonos en el cáncer de mama, podemos agruparlos y referirlos a:

1. **El momento en que se pide a la persona que informe acerca de los acontecimientos vitales sufridos.** Generalmente se pregunta a la paciente sobre los eventos vitales acaecidos 1, 2 o 3 años antes, una vez que la paciente estaba informada del diagnóstico e incluso podía estar ya en tratamiento. En este punto, entendemos que es importante tener en cuenta el momento en el que se le pide a la persona esta información. El conocimiento del diagnóstico puede interferir gravemente en el acceso y valoración de esta información. Aunque también la situación prebiopsia es altamente estresante, la confirmación del diagnóstico de cáncer implica una situación más

devastadora anímicamente para la sujeto y, por lo tanto, con mayor potencial para interferir en la objetividad de los datos que interesan. Por otra parte, en la situación prebiopsia se nos ofrece un efecto de uniformidad en la propia muestra de estudio al desconocer todos los sujetos los resultados de las pruebas efectuadas y tener probablemente niveles parecidos de ansiedad hacia los mismos. Por último, la propia vivencia que conlleva cualquier tratamiento a la que esté sometida la/el paciente puede también alterar la información que se quiera recoger.

Otro aspecto importante vendría a recordarnos la propensión que podemos sentir tras un diagnóstico de cáncer de buscar alguna “explicación o causa” en el pasado que lo justifique, por lo que podríamos distorsionar nuestra propia historia pasada.

Por ello, las recomendaciones metodológicas en este aspecto abogan por la utilización de diseños prospectivos como los más recomendables, si bien debido a su elevado coste a todos los niveles, se vienen utilizando los diseños cuasi-prospectivos, siendo los diseños retrospectivos los que más problemas pueden causar.

2. Periodo susceptible de análisis: Sesgos de memoria. Resulta dificultoso establecer el periodo óptimo de tiempo pasado donde valorar los eventos estresantes (se han utilizado periodos de tiempo que van de 1 a 5 años). Los problemas a tener en cuenta en este apartado son el cambio de valoración de los eventos (sobre todo cuando se tienen en cuenta periodos de tiempo muy amplios o cuando la situación presente es muy estresante, como ocurre cuando se conoce el diagnóstico o se está sometida a tratamiento), dificultades de memoria o de recuerdo de situaciones, en cuanto a que pueden ser distorsionados e incompletos, etc.

3. Las escalas de medida de los eventos estresantes. En algunos de los trabajos iniciales, los eventos vitales contaban de antemano con una ponderación sobre su importancia, lo cual ha ensombrecido de forma alarmante el objetivo que se quería investigar que era precisamente la percepción personal de los acontecimientos vitales y una adecuada representación de ello. Otra cuestión importante se refiere a la validez y fiabilidad del contenido de las escalas de eventos vitales estresantes, a la posibilidad de que la valoración sea hecha por el investigador una vez conocida la biografía del sujeto y a la introducción de la técnica de entrevista como método de acceder a los datos (Paykel y Rao, 1984).

4. Otro aspecto se refiere a la **utilización de medidas muy diferentes** de los eventos vitales y apoyo social, en las distintas investigaciones, en lo que se refiere no sólo al universo de eventos/apoyo representado, sino también a la información que se demanda del sujeto. Así por ejemplo, los eventos vitales pueden ser medidos por presencia, por intensidad, por más de una medida simple, por reacciones tipificadas hacia ellos, etc.

5. Diseño y muestras utilizadas. Además de los aspectos debidos al tipo de diseño utilizado (prospectivo, cuasi-prospectivo y retrospectivo) ya mencionadas anteriormente, algunos elementos a tener en cuenta en este apartado son la omisión de variables de control importantes, no atender a posibles diferencias de edad, etc. En cuanto a las muestras, podemos referirnos al tamaño pequeño de las muestras y la no utilización de un grupo control o la utilización de un grupo control inadecuado, etc.

6. Análisis estadísticos y valoración de resultados. A veces, se han realizado análisis estadísticos inadecuados, y/o se han valorado finalmente los resultados de forma equívoca. Dentro del primer caso se encontraría la ausencia del análisis de variables importantes (edad, etc.), o de los efectos de variables moderadoras, error tipo I cometido por un excesivo número de comparaciones múltiples, etc. Con respecto a las diferencias en edad, por ejemplo, que a menudo se han puesto de manifiesto entre el grupo diagnosticado de cáncer y el grupo control, habría que decir que estas diferencias pueden ser las responsables de que aparezcan determinados eventos vitales asociados al cáncer. En este caso, no son los eventos vitales los que están asociados al desarrollo del cáncer, sino la edad, que a su vez conlleva una serie de cambios en la vida de las personas, como una mayor frecuencia de muerte de personas significativas, o situaciones de alejamiento laboral. Así pues, entre cáncer y eventos estresantes podría existir una relación espúrea siendo la edad la "tercera" variable que pondría en contacto de forma equívoca las dos anteriores. Otros autores han señalado también que, en algunos casos, los efectos atribuidos a los eventos vitales pueden ser debidos a los patrones reproductivos y a efectos biológicos de algunos de estos eventos (McGee y col., 1996).

Por último, habría también que mencionar otros temas en el terreno teórico, como por ejemplo, si un solo evento puede causar la enfermedad, si la presencia de varios aporta algún dato más a tener en cuenta, etc. Por otra parte, ya que el desarrollo del cáncer de mama es muy lento, tendríamos que diferenciar eventos cuya presencia fuese pareja a su hipotético inicio, de eventos que sean detectados casi al mismo tiempo que su diagnóstico. Es decir, parece infructuoso estudiar la influencia de posibles

eventos vitales estresantes en un periodo que se sitúa tres años antes del diagnóstico, en muchos casos solo un año antes del diagnóstico, si la aparición del cáncer de mama ha tenido lugar mucho antes y en este caso, son los estudios bio-médicos los que tienen que decir la última palabra. En este sentido, se hace necesario que reflexionemos sobre si los investigadores no se sitúan, la mayoría de las veces, en el campo de posibles factores relevantes en la manifestación o desarrollo de la enfermedad, una vez ya iniciada, y no en el análisis de un posible factor etiopatogénico.

Otro de los elementos con los que se ha jugado en el tema del estrés y el cáncer ha sido el del apoyo social. Aunque este tema se ha estudiado fundamentalmente desde su importancia en el conocimiento del diagnóstico y como aspecto terapéutico durante la enfermedad (McLean, 1995), también ha sido tomado en consideración como factor etiopatogénico potencial, aunque los resultados no han probado, en la mayoría de los casos, esta relación (Joffre, 1985; Vogt, 1992). En casi todos los casos se han utilizado diseños prospectivos, como el de Reynolds y Kaplan (1990), que intentaron averiguar si el apoyo social estaba relacionado con la incidencia del cáncer en una muestra de 6.848 adultos, estudiada por un periodo de diecisiete años. Aunque finalmente no hubo relación alguna entre apoyo social y aparición de cáncer para los varones, en el caso de las mujeres aquellas que habían informado de una mayor soledad y aislamiento tuvieron una mayor incidencia del diagnóstico de cáncer. Sin embargo, ha sido en el estudio de las variables relacionadas con la supervivencia donde ha aparecido de forma más consistente una relación positiva entre cáncer y apoyo social (Goodwin, 1987; Neale, Tilley y Vernon, 1986; Wassler-Morrison, 1991).

Como ha apuntado Fox (1998) se han utilizado una gran variedad de medidas para evaluar el apoyo social como el número de contactos sociales, el número de amigos, el número de personas de apoyo, tamaño de la red social, la frecuencia de contactos con amigos, etc., con una medida o una combinación de ellas. Desgraciadamente, este estado de cosas ha provocado la existencia de resultados contradictorios y ha dificultado la generalización de los mismos. Además, el papel que puede jugar el apoyo social puede ser distinto dependiendo de otras consideraciones como el tipo de cáncer, la edad del paciente o su situación vital, el dolor sufrido, la información de que se dispone, etc. No obstante, en nuestro trabajo hemos incorporado esta variable con el objeto de estudiar, fundamentalmente, su relación con la manifestación del cáncer de mama, en el sentido de averiguar si existe una relación entre el grado de apoyo y manifestación de la enfermedad y/o padecimiento de la misma.

El trabajo que presentamos aquí se realizó desde la asunción de algunos de los presupuestos tradicionales y ampliamente compartidos de este área de estudio que trata de averiguar la relación entre factores de estrés y el cáncer de mama. Sin embargo, aunque muchos autores “convierten” este tipo de trabajos en apoyatura para afirmar el valor etiopatogénico de estas variables, entendemos, por las razones anteriormente expuestas y por consideraciones relativas al diseño, que la posible relación entre estas variables no demostraría nunca causalidad entre las mismas. Además estamos en presencia probablemente de una enfermedad con un origen desconocido y de naturaleza multifactorial.

Más en concreto, y siguiendo la literatura, queríamos conocer las posibles diferencias existentes entre mujeres con cáncer de mama y mujeres que no padecían esta en-

fermedad en cuanto a la ocurrencia y severidad de eventos vitales estresantes y el apoyo social de que disponían. Por lo tanto, nos situamos en un área que estudia la influencia o presencia de estos factores, por una parte, en el momento de la detección o diagnóstico, -que nos pondría en la pista de su posible importancia en la manifestación de la enfermedad- y, por otra, nos situamos en la detección de estas variables en el transcurso de la enfermedad, -con el objeto de averiguar su posible incidencia diferencial con respecto a otras muestras de mujeres-, ya que contamos con grupos en ambas circunstancias, y siempre tomando en consideración el posible interjuego de otros factores.

Método

Sujetos

La muestra total de esta investigación estaba compuesta por 610 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 68 años. Inicialmente se contó con una muestra de 504 mujeres obtenida de tres centros médicos (Residencia Sanitaria La Paz, Clínica Fortuny y Centro Nacional de Prevención de Enfermedades de la Mama y Oncoginecológicas de la Compañía Telefónica de España) a los que acudían las mujeres para ser sometidas a un examen de mamas, en la mayoría de los casos, rutinario. En el caso de la muestra obtenida en el Hospital “La Paz” algunas de las pacientes venían remitidas por su médico después de haberseles detectado alguna anomalía. El número de mujeres examinadas en cada centro fue de 273 en el Hospital “La Paz”, 62 de la Clínica Fortuny y 169 del Centro de Prevención de Telefónica.

En el momento de administrar los instrumentos a esta muestra de 504 mujeres

ninguna de ellas sabía su diagnóstico, aunque posteriormente las mujeres fueron clasificadas en tres grupos a partir del diagnóstico clínico resultante de las distintas pruebas realizadas (examen de mamas, mamografías y, en su caso, biopsia). Así los grupos quedaron de la siguiente manera: mujeres con mamas normales (n=143), mujeres con patología benigna (mastopatía fibroquística, fibroadenoma, etc) (n=290) y mujeres con cáncer de mama (n=71).

Posteriormente, a estos tres grupos de pacientes se les añadió un cuarto grupo constituido por mujeres que estaban en tratamiento (quimioterapia) debido a su diagnóstico de cáncer de mama (N=106). Por consiguiente, este grupo de mujeres conocía desde hace tiempo su diagnóstico en el momento de administrarles los instrumentos.

Para una mayor claridad expositiva vamos a denominar de la siguiente manera a los grupos :

1. Mujeres en tratamiento por su padecimiento de **cáncer de mama** [(N=106), Media de Edad=47'56 años (Sd=8.52)].

2. Mujeres que tras las pruebas mamarias pertinentes iban a recibir un diagnóstico de **patología benigna** [(N=209), Media de Edad=40'47 (Sd=8'85)].

3. Mujeres que tras las pruebas mamarias pertinentes iban a recibir un diagnóstico de **mamas normales** [(N=143), Media de Edad=42'75 (Sd=9'76)].

4. Mujeres que tras las pruebas mamarias pertinentes iban a recibir un diagnóstico de **Cáncer de mama** [(N=71), Media de Edad= 48'75 años (Sd= 8'85)].

La media de edad de la muestra total era de 43'16 años. En el análisis de varianza realizado se ha podido observar que la media de edad de los distintos grupos diferían significativamente entre sí ($F(3,553)=22.78$ $p<.0001$). Las comparaciones múltiples de un factor realizadas (prueba Scheffé) entre

los distintos grupos arrojaron diferencias entre los grupo 1 y 2 , entre los grupos 1 y 3 , entre los grupos 4 y 2 y entre los grupos 4 y 3, todos ellos con un $p<.05$, lo cual significaba que los dos grupos de cáncer diferían de los otros dos grupos (patología benigna y mamas normales) en su media de edad más elevada, no habiendo diferencias entre sí. La media de edad mas elevada del grupo de mujeres con cáncer es un dato que aparece constantemente en la literatura (Greer y Morris, 1975; Jansen y Muez, 1985; Bleiker y col. 1993).

En lo que respecta a los antecedentes de cáncer de mama de cada uno de los grupos contemplados, la tabla de contingencia (4x2) realizada puso de manifiesto una relación altamente significativa entre recibir un diagnóstico de cáncer de mama y tener antecedentes familiares de esta enfermedad ($X^2=36.382$, $p<.001$ coef. Contingencia=.24), si bien todos los grupos tenían antecedentes de cáncer de mama.

Instrumentos

Para la recogida de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

1.- Un **Cuestionario general** que contenía preguntas sobre variables sociodemográficas, variables relacionadas con la salud y antecedentes familiares de cáncer

2.- **Adaptación del Cuestionario de Eventos Estresantes Vitales** de Ivancevich y Matteson (1980). Este cuestionario evalúa una serie de acontecimientos vitales generalmente causantes de estrés. Consta de 5 campos diferentes, que pueden usarse como subescalas. En nuestro trabajo preferimos optar por agrupar los items según un patrón más acorde con nuestros intereses. La escala original consta de 47 items y trece puntos de respuesta en una escala continua. A partir de ella elaboramos otra escala, a nuestro entender menos reiterativa y con una

representación más amplia de situaciones, con un total de 40 ítems, donde el formato de respuesta exige que las mujeres respondan si el evento les ha ocurrido durante los dos últimos años y evaluarlo de acuerdo con las consecuencias psicológicas negativas que le haya producido (*Nada, Algo, Bastante, Mucho*). Con objeto de hacerles más comprensible el objetivo de la escala, se preguntaba por el *grado de preocupación, malestar o tristeza* que le había ocasionado cada una de esas situaciones, ya que en el estudio piloto las mujeres informaban de dificultades en la comprensión de lo que se le pedía en el enunciado original. Las modificaciones fueron hechas para facilitar la evaluación que hacían las propias mujeres de cada uno de los eventos y para evitar la puntuación intermedia. En cuanto a sus datos psicométricos, el coeficiente de fiabilidad test-retest de esta escala para un intervalo de dos semanas fue de .74, siendo su coeficiente alpha de .79 (Blanco y col., 1992).

3.- **Apoyo social.**- Se le pedía a la mujer que valorase en una escala de cinco puntos el grado de apoyo social global percibido cuando tuvo algún problema en los dos últimos años.

Procedimiento

En cuanto al grupo de mujeres que no habían recibido todavía su diagnóstico (N=504), se procedía de la siguiente manera: cuando las mujeres llegaban a la consulta se les preguntaba si deseaban colaborar en una investigación sobre salud en la mujer. A todas las mujeres que aceptaban se les entregaban los instrumentos para que los cumplimentasen en la sala de espera y los devolvieran antes de entrar a la consulta. En algunos casos la entrega se realizó en la siguiente visita al centro hospitalario

y siempre antes de recibir el diagnóstico. Por consiguiente, todas las mujeres rellenaron el cuestionario antes de saber los resultados de la exploración, así las respuestas no se encontraban sesgadas por la posible influencia del conocimiento del diagnóstico de cáncer.

Posteriormente, el equipo médico nos informaba del diagnóstico de las pacientes, una vez que todo el proceso exploratorio y confirmatorio había concluido. En todos los casos en los que luego recibieron un diagnóstico maligno y en algunos casos de diagnóstico benigno, las pacientes tuvieron que someterse a una biopsia mamaria. No obstante, la recogida de los datos fue siempre bastante anterior a este hecho.

En cuanto a las pacientes con cáncer de mama (N=106) el procedimiento seguido consistió en preguntarles si querían participar en una investigación sobre “salud en la mujer” y en caso afirmativo rogarles que nos devolvieran cumplimentado al siguiente día el protocolo de instrumentos elaborado.

Resultados

Para comprobar si había diferencias significativas en las variables de estrés estudiadas entre estos cuatro grupos de mujeres, realizamos varios análisis de varianza. Ya que en nuestros datos y en la literatura al respecto se podía observar la influencia de la edad en la asociación que estábamos buscando, realizamos varios análisis con esta variable distribuyéndola en tres niveles o grupos. El primer grupo (Grupo 1) estaba formado por las mujeres menores de 35 años (n=128), mientras que el segundo (Grupo 2) lo constituían las mujeres de 36 a 50 años (n=310) y, el tercer grupo (grupo 3) recogía a las mujeres entre 51 a 68 años (n=114).

Por consiguiente, para saber si la Edad y el Diagnóstico estaban influyendo en las

valoraciones realizadas en la escala de Eventos vitales, realizamos el Anova (Diag X Edad) tanto en lo que se refiere a las calificaciones de *severidad* de cada uno de los items, como a la puntuación de *ocurrencia*, es decir, del número total de eventos acaecidos. En concreto, el Anova referido a la severidad mostró un efecto principal significativo de la variable Edad [$F(2,540)=10.453$ $p<.001$]. El Diagnóstico [$F(2,540)=1.657$] y la interacción [$F>1$] no resultaron ser significativos.

Las comparaciones múltiples de un factor realizadas (prueba Scheffé) para la variable Edad dieron como resultado que había diferencias significativas entre las mujeres jóvenes y el resto de los otros grupos, es decir, entre el grupo 1 y el grupo 2 ($p<.05$) y entre el grupo 1 y el grupo 3 ($p<.05$), siempre presentando puntuaciones más altas en cuanto a la severidad las mujeres más jóvenes. En este punto, conviene recordar que se les preguntaba a las mujeres sobre su grado de preocupación, malestar y tristeza en lo que se refería a cada uno de los eventos ocurridos.

Tabla 1. Resultados del A. de varianza de dos factores (Diag X Edad) de los eventos vitales agrupados (severidad)

GRUPOS DE EVENTOS	EFEECTO SIGNIFICATIVO	VALOR DE F Y SIGNIFICACIÓN	Diferencias
Eventos Económicos	Edad	$F(2,541)=11.416$ $p<.001$	↑G1 y G2 ↑G1 y G3
Pérdida de Apoyo (pareja, familia, etc.)	Edad	$F(2,541)=5.602$ $p<.005$	↑G1 y G3
	Interacción (Diag X Edad)	$F(6,541)=2.168$ $p<.05$	↑G2 y G3
Asuntos laborales	Edad	$F(2,541)=10.721$ $p<.001$	↑G1 y G2 ↑G1 y G3
Problemas con los hijos	Edad	$F(2,541)=5.569$ $p<.001$	↑G3 y G1 ↑G3 y G2
Salud/enfermedad de la mujer	Diagnóstico	$F(3,541)=30.721$ $p<.001$	↑G1 y G2 ↑G1 y G3 ↑G1 y G4
Concepción/nacimiento de bebés	Edad	$F(2,541)=6.608$ $p<.05$	↑G1 y G2 ↑G1 y G3

En cuanto al número total de eventos vitales sufridos por cada uno de estos grupos, el Anova (Diag X Edad) arrojó como resultado un efecto principal significativo de la variable Edad [$F(2,540)=11.598$ $p<.001$], siendo el Diagnóstico [$F(2,540)=.0569$] y la interacción no significativas [$F>1$]. Las comparaciones múltiples de un factor realizadas (prueba Scheffé) dieron como resul-

tado de nuevo las mismas diferencias significativas que en el caso anterior. El grupo 1 difería significativamente del grupo 2 ($p>.05$) y del grupo 3 ($p<.05$), es decir, las mujeres más jóvenes informaron haber sufrido un mayor número de eventos vitales estresantes.

Posteriormente, agrupamos los eventos vitales estresantes de acuerdo a su natura-

leza, con vistas a poder extraer algún tipo de relación con el diagnóstico, puesto que este sería uno de los puntos más importantes de nuestra investigación. Así, los eventos fueron agrupados en las siguientes categorías: **Eventos económicos** (ítems nº 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33) **Pérdidas afectivas** (muertes, separaciones, etc) (5, 10, 15, 22), **Pérdidas de apoyo** (de la pareja, familia, etc) (1, 2, 8, 9, 16, 21) **Asuntos laborales** (3, 4, 34, 35, 40), **Problemas con los hijos** (17, 18, 20) Aspectos relacionados con la **Salud de la mujer** (36,37,38,39), Aspectos relacionados con la **Concepción/nacimiento de bebés** (11, 12, 13, 14) y **Otros eventos** (aquellos que son difíciles de clasificar por su naturaleza variada) (6, 7, 19, 23, 24, 25). En la Tabla 1 pueden verse los estadísticos más relevantes de estas agrupaciones.

Con respecto a los **Eventos económicos**, el Anova Diag X Edad mostró un efecto principal significativo de la Edad [$F(2,541)=11.416$ $p<.001$]. Tanto el Diagnóstico [$F(3,541)=.503$] como la interacción [$F(6,541)=.765$] no resultaron ser significativas. Las comparaciones múltiples de un factor realizadas (prueba Scheffé) dieron como resultado que había diferencias entre los grupos de mujeres jóvenes y los otros dos grupos (ambos con un $p<.05$) en el sentido de que las mujeres jóvenes informaron de mayor nivel de afectación en los sucesos de naturaleza económica.

En lo que se refiere a la agrupación **Pérdidas Afectivas**, el Anova de dos factores realizado no mostró efectos principales significativos de las variables Edad [$F(2,541) = 1.564$], Diagnóstico [$F(3,541) = .829$] y de la interacción de [$F(6,541) = 1.730$]. Lo mismo hay que señalar para la agrupación **Otros eventos** [Diagnóstico $F(3,541)=.546$, Edad $F(2,541)=1.947$, interacción $F(6,541)=.766$].

Con respecto a la agrupación **Pérdida de Apoyo**, el Anova (Diag x Edad) arrojó un

efecto principal significativo de la Edad [$F(2,541)=5.602$ $p<.005$] y de la interacción [$F(6,541)=2.168$ $p<.05$], no siendo significativo el Diagnóstico [$F(2,541)=.725$]. Las comparaciones múltiples de un factor (prueba Scheffé) para la variable Edad mostraron diferencias significativas entre los grupos de mujeres jóvenes y mujeres mayores ($p<.05$) y entre mujeres edad media y mujeres mayores ($p<.05$), siempre obteniendo puntuaciones más bajas las mujeres mayores, lo cual quiere decir que, las mujeres de más edad (51 a 68 años) se mostraron menos vulnerables a eventos que significan pérdida de apoyo.

El Anova de dos factores (Diag X Edad) realizado con la agrupación **Asuntos Laborales** señaló un efecto principal significativo de la variable Edad [$F(2,540)= 10.721$ $p<.001$], estando las diferencias significativas (prueba Scheffé) entre el grupo de mujeres jóvenes y las mujeres medianas ($p<.05$) y entre el grupo de mujeres jóvenes y las mujeres mayores ($p<.05$), en el sentido de que las mujeres jóvenes informaron de mayor grado de preocupación, malestar, etc por asuntos relacionados con este tema. El Diagnóstico no resultó ser significativo [$F(3,541)=.432$] y tampoco la interacción [$F<1$].

Por otra parte, el Anova realizado con los eventos que reflejaban **Problemas con los hijos** mostró un efecto principal significativo de la variable Edad [$F(2,541)= 5.569$ $p<.005$]. Ni la variable Diagnóstico [$F(3,541)=.474$], ni la Interacción [$F(6,541)=1.253$] alcanzaron significación. Las comparaciones múltiples de un factor realizadas a posteriori (prueba Scheffé) señalaron diferencias significativas entre las mujeres mayores y los otros dos grupos de mujeres (jóvenes y medianas) (ambas con un $p<.05$), en el sentido de que las mujeres mayores, es decir, aquellas que también tenían hijos mayores, puntuaron más alto en cuanto

a la severidad de ítems que reflejaban problemas con los hijos.

Con respecto a la agrupación de ítems relacionados con problemas de *salud/enfermedad de la mujer*, el Anova de dos vías (Diag X Edad) mostró un efecto principal significativo de la variable Diagnóstico [$F(3,541)=30.721$ $p<.001$], no resultando significativas la Edad [$F(2,541)=2.253$] ni la interacción [$F(6,541)=1.026$]. Las comparaciones múltiples de un factor realizadas (prueba Scheffé) arrojaron diferencias significativas entre el grupo de mujeres con cáncer en tratamiento y los demás grupos, es decir, mujeres con diagnóstico benigno ($p<.05$), con mamas normales ($p<.05$) y mujeres que todavía no conocían su diagnóstico de cáncer ($p<.05$), en el sentido de que las primeras informaron de mayor nivel de severidad en respuesta a eventos que tiene que ver con enfermedades y estancia en hospitales fundamentalmente, como era previsible esperar.

El Anova (Diag X Edad) realizado con la agrupación de ítems que reflejaban problemas y asuntos relacionados con la *Concepción/nacimiento de bebés* mostró un efecto principal significativo de la variable Edad [$F(2,541)=7.199$ $p<.001$], no siendo significativos el Diagnóstico [$F(3,541)=1.243$], ni la interacción [$F(6,541)=1.21$]. Las diferencias de medias significativas encontradas por la prueba Scheffé, en la variable Edad, fueron entre los grupos de mujeres jóvenes y mujeres medianas ($p<.05$) y entre los grupos de mujeres jóvenes y mujeres mayores ($p<.05$), en el sentido de que las jóvenes tenían mayor puntuación en su grado de preocupación, malestar o tristeza en cuanto a eventos relacionados con estos temas.

Pasando ahora al punto de la posible ocurrencia de un mayor número de eventos de estas características en un determinado grupo de mujeres, bien dependiendo de diagnóstico o bien dependiendo de la edad, te-

nomos que informar que los Anovas de dos vías realizados (Diag X Edad) dieron como resultado (de forma resumida) la existencia de un efecto principal significativo de la Edad en los *Eventos Económicos* [$F(2,541)=11.416$ $p<.001$], *Pérdida de apoyo* [$F(2,541)=8.395$ $p<.001$], *Asuntos laborales* [$F(2,541)=10.771$ $p<.001$], *Concepción / nacimiento* [$F(2,541)=7.260$ $p<.001$] y *Otros Eventos* [$F(2,541)=5.908$ $p<.005$], y un efecto principal significativo del Diagnóstico en *Enfermedad/salud de la mujer* [$F(3,541)=23.308$ $p<.001$]. La interacción resultó ser significativa en *Pérdida de afecto* [$F(6,541)=2.361$ $p<.05$] y *Pérdida de apoyo* [$F(6,541)=2.204$ $p<.05$]. Las comparaciones entre grupos (prueba Scheffé) resultaron estar en la misma línea de los resultados sobre severidad comentados anteriormente, siendo las mujeres jóvenes las que informaron de haber sufrido un mayor número de los eventos mencionados ($p<.05$), y las mujeres con cáncer en tratamiento las que se diferenciaron de los otros grupos por su mayor número de eventos relacionados con salud/enfermedad.

Finalmente, y con vistas a escrutar de forma más pormenorizada la posible relación existente entre eventos estresantes vitales y diagnóstico de cáncer de mama, realizamos un Anova de dos factores (Diag X Edad) para cada uno de los eventos listados. Como puede verse en la tabla 2, el diagnóstico produjo un efecto principal significativo en los eventos *Enfermedad de una misma*, *Estancia en hospital de una misma* y *Aborto propio o de alguien de la familia que vive en su casa*, en los tres casos con severidad mayor para el grupo de mujeres en tratamiento frente al grupo de mujeres que iban a recibir un diagnóstico de cáncer. Los dos eventos primeros estaban muy relacionados con la situación vital del grupo de mujeres con cáncer en tratamiento y, evidentemente, estaban abocados a aparecer con diferencias alta-

mente significativas. También aparecieron otros eventos relacionados con el diagnóstico, aunque en este caso fueron marginalmente significativos: *Problemas con el trabajo del marido* (que se acerca mucho a una significación $<.05$), *Alguna persona ha dejado de vivir en su casa* y *Pérdida de trabajo*.

Por el contrario, la Edad mostró un efecto principal significativo en 20 de los 40 eventos listados y en 4 con una significación marginal (todos con un $p=.06$). En la mayoría de ellos el grupo de mujeres jóvenes mostró puntuaciones más altas en severidad que el resto de los grupos de mujeres medianas y mayores. Un análisis más pormenorizado nos puso en la pista de la lógica de estas diferencias según la edad o etapa vital de las mujeres (consultar tabla 2).

La interacción del Diagnóstico y la Edad reflejó su influencia en tres eventos vitales: *Muerte de su pareja*, *Descubre su incapacidad para tener hijos*, y *Muerte de un hijo*. Por rayar prácticamente en el mismo valor de significación ($p=.05$) deberíamos incluir *Obligación o gasto económico inesperado* y *Problemas con la familia del marido*. En la tabla 2 puede consultarse los 5 eventos para los que la interacción de estas dos variables (Diag X Edad) resultó ser marginalmente significativa. Finalmente, debemos consignar que no aparecieron diferencias significativas entre las comparaciones de los 12 grupos a que dieron lugar cualquiera de las interacciones mencionadas en este artículo, debido probablemente a su número tan elevado. No obstante, en este caso, el sentido de las diferencias era el de mayor severidad de estos eventos en los grupos de más edad con cáncer de mama.

Con respecto al apoyo social, realizamos un análisis de varianza de dos factores (Diagnóstico X Edad) con la variable *Apoyo recibido* que averiguaba de una forma muy genérica el grado de apoyo o ayuda recibido

de las personas que le rodeaban cuando tuvo la mujer algún problema importante en los dos últimos años. Los resultados mostraron únicamente un efecto marginalmente significativo de la variable Diagnóstico [$F(3,487)=2.117$ $p=.097$], no resultando significativas la Edad [$F(2,487)=1.398$] ni la interacción [$F(6,487)=1.186$].

Discusión

La finalidad de esta investigación era analizar la posible relación entre el diagnóstico de cáncer de mama y variables de estrés. Más en concreto, queríamos averiguar si las mujeres diagnosticadas de cáncer diferían, en primer lugar en cuanto a la presencia, o a una mayor frecuencia, de determinados tipos de eventos vitales estresantes (pérdidas afectivas, de apoyo, etc.). En segundo lugar, averiguar si existía una valoración diferente en cuanto a los eventos vitales sufridos por parte de mujeres que habían desarrollado esta enfermedad de mujeres que no lo habían hecho y, por último, averiguar la presencia o no de diferentes niveles de apoyo social en cada uno de estos grupos.

Según nuestros resultados las mujeres con cáncer de mama (en tratamiento o todavía desconocido el diagnóstico por la propia mujer) no difirieron de los otros grupos de mujeres (patología benigna y mamas normales) ni en la frecuencia de eventos estresantes vitales sufridos, ni en el grado de severidad con que estos fueron valorados, tomadas estas variables globalmente. Fue precisamente la edad la variable que permitió establecer diferencias tanto en la severidad global como en la mayor o menor ocurrencia total de los mismos, y no el diagnóstico y ni siquiera la interacción (aunque estos resultados se modificaron cuando diferenciamos por tipos según la naturaleza de los eventos). En este sentido, las mujeres jóvenes de nuestro estudio, frente a las medianas y mayores, informaron haber sufrido una mayor fre-

cuencia de eventos estresantes y, además, estos tuvieron unas consecuencias negativas más importantes para ellas que para los otros grupos, por lo que sus puntuaciones en severidad fueron superiores. El mayor nivel de estrés de las mujeres jóvenes se presentó de forma contundente ya que las diferencias, como ya hemos mencionado, se observaron tanto en ocurrencia como en severidad - globalmente consideradas- y las diferencias se establecieron frente a todos y cada uno de los demás grupos. Probablemente, este periodo de la vida de las mujeres (hasta los 35 años) esté sujeto a mayores cambios, novedades y acomodaciones (formación de una familia, asentamiento laboral, despegue económico, etc.).

Estas diferencias en severidad entre los grupos debidas a la edad, se debieron, fundamentalmente, en el caso de las mujeres jóvenes que no sobrepasaban los 35 años, a eventos económicos y laborales, a aspectos relacionados con la concepción/nacimiento de bebés, a la pérdida de apoyo (separaciones, etc.). Estos mismos datos se repitieron en el caso del número total de eventos sufridos, a los que se añadieron problemas con los hijos y otros eventos. En el caso de las mujeres mayores, las diferencias en severidad con los otros grupos se debían a problemas con los hijos, aunque contando con que no sufrían una pérdida de apoyo, que es una característica de las mujeres de edad media (de 36 a 50 años) con respecto a las de más edad. Finalmente, los eventos referidos a salud de las mujeres se vieron influidos por el diagnóstico, coherentemente con la situación real sufrida por el grupo de mujeres con cáncer que estaban en tratamiento y que había sido intervenidas previamente. Naturalmente este grupo puntuó más alto tanto en frecuencia como en severidad en este aspecto comparándolo con los otros grupos.

Los únicos datos relacionados con la variable diagnóstico fueron la influencia de la interacción de la edad y del diagnóstico en la *pérdida de apoyo* tanto en los parámetros de ocurrencia como de severidad, y la significación de la interacción para la variable *pérdida de afecto* aunque solo en el parámetro de ocurrencia. Por lo tanto, no parece existir netamente una influencia de pérdidas de apoyo o afecto en el diagnóstico de cáncer de mama (en cualquiera de los dos grupos de mujeres con cáncer considerados), ni una mayor presencia de eventos estresante en función del diagnóstico. Ahora bien, nuestros resultados no dejan de reflejar que algún tipo de vinculación podría existir, lo cual apoyaría muy parcialmente la hipótesis sobre la influencia de ciertos eventos estresantes en la aparición del cáncer de mama. Recordemos a este respecto que los eventos vitales recogidos estaban circunscritos a los dos últimos años, lo cual, como expusimos en la introducción puede ser controvertido.

Entrando en el análisis de cada uno de los eventos por separado, el dato que más nos ha sorprendido ha sido la aparición del evento *Aborto propio o de alguien de la familia que vive con vd* que se presenta como generador de la única diferencia detallada entre mujeres con diferentes diagnósticos, si bien en este caso justo entre los dos grupos que tienen cáncer, en el sentido de que las mujeres que todavía desconocían su diagnóstico puntuaron de forma más elevada su severidad. Desgraciadamente, no sabemos sobre quién recae la acción, ni tampoco su importancia teórica y su valoración a otros niveles (vivencial, desorganización familiar, etc.). Más interesantes, y con mayor significado son los demás eventos donde el diagnóstico aparece como marginalmente significativo, pero que por esa misma razón no discutiremos aquí.

Sin embargo, la relación entre estrés y cáncer empieza a coger más consistencia

cuando nos ocupamos de la importancia que ha tenido la interacción de la edad y del diagnóstico sobre algunas situaciones vitales, ya que se nos aparecen dos de los eventos con mayor presencia empírica y carga vivencial, como son *Muerte de su pareja*, *Muerte de un hijo-a o Descubre su incapacidad para tener hijos*, los dos primeros postulados en la literatura por su poder patógeno y los tres vinculados de alguna manera en su aspecto de *pérdidas*. Por otra parte, la nuliparidad es considerada como un factor de riesgo en el cáncer de mama.

Por consiguiente, si bien el diagnóstico - o el estado de salud- no ha aparecido en solitario como un elemento de diferenciación en los eventos estresantes vitales, cuando diagnóstico y edad se entrecruzan, los resultados parecen aproximarse a lo que se ha postulado en la literatura, es decir, que las situaciones estresantes vitales pueden jugar un papel relevante -junto con la edad- en el estado de salud, y más concretamente, si pudiéramos precisarlo, en el diagnóstico de cáncer de mama.

Así pues, y tal como preveíamos, generalmente esta asociación entre estrés y cáncer de mama no puede ser estudiada sin tener en cuenta la variable edad, por lo que es ineludible la presencia de esta variable en todos los análisis efectuados. Ya que en casi todos los estudios se cuenta con una muestra en donde existen inicialmente diferencias significativas entre los grupos debidas a la edad -aunque algunos autores no lo detectan o lo pasan por alto- la edad debe siempre presidir los análisis que se realicen al respecto, más aún en el tema de los eventos vitales ya que éstos están en muchos casos muy relacionados con el desarrollo evolutivo, sociolaboral, etc. y, por lo tanto, con la edad. Es más, muchos de los resultados que se han obtenido en la literatura pueden finalmente explicarse más por esta variable que por la variable diagnóstico. Precisamente, nuestros

resultados hacen que apoyemos la afirmación anterior. De no tener en cuenta la edad, además del diagnóstico, hubiéramos presentado unos resultados opulentos pero falsos o espureos (los Anova realizados sólo con la variable diagnóstico así nos lo demostraron).

Finalmente, señalar la coherencia de los datos obtenidos con la situación que estaban viviendo algunos de los grupos de mujeres estudiadas, en el sentido de que se han visto reflejados la situación lógica y esperable tanto de aquellas mujeres que se encontraban en espera de un diagnóstico, como de aquellas afectadas de esta enfermedad. Es posible, incluso, que las respuestas de estas mujeres (valoraciones obtenidas de cada evento) pudieran estar influidas por la situación que genera la propia enfermedad, bien por la espera de su posible diagnóstico, bien por su padecimiento (tratamiento y naturaleza de la enfermedad), como poníamos de manifiesto en la introducción.

Por último, y con respecto al apoyo social, los resultados muestran que el grupo de mujeres con cáncer, que todavía desconocían su diagnóstico o que estaban en tratamiento, no informaban tener un apoyo social diferente del resto de las mujeres de los otros grupos, por lo que no hemos podido detectar la influencia de esta variable en el diagnóstico o manifestación del cáncer de mama, por una parte, ni su mayor presencia en el transcurso de la enfermedad, por otra. Por consiguiente, un apoyo social deficitario no ha estado relacionado con el diagnóstico o manifestación del cáncer de mama. Tampoco las mujeres que padecían esta enfermedad han informado tener mayor apoyo social que las mujeres que no la padecían, aunque la propia enfermedad podía haber sido una razón para posibles diferencias en este sentido.

Entendemos, pues, que con los datos de nuestro estudio no podemos apoyar la existencia de ciertas variables de estrés (eventos estresantes vitales y apoyo social) rela-

cionados con el diagnóstico del cáncer de mama, es decir con su manifestación susceptible de diagnóstico, aunque sí la posibilidad de que la interconexión entre algunos eventos estresantes y la edad puedan jugar un papel en una posible precipitación hacia la manifestación de la misma.

Referencias bibliográficas

- Angelopoulos, N. V., Tzivaridou, D., Nikolaou, N. y Pavlidis, A. N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 92, 44-50.
- Baltrusch, H., Stangel, W. y Waltz, M. (1985). Early losses and family climate of cancer patients: Possible relations to NIM. En N. H. Spector (Ed.), *Neuroimmunomodulation. Proceedings of the First International Workshop on Neuroimmunomodulation*. Bethesda, International Working Group of Neuroimmunomodulation, pp. 283-290.
- Bageley, C. (1979). Control of events, remote stress, and emergence of breast cancer. *American Journal of Clinical Psychology*, 6, 213-220.
- Blanco, A., Moreno, B., Sebastián, J., Domingo, E. y Arnanz, M. T. (1992). *El estrés de la mujer trabajadora: Análisis teórico y un estudio piloto*. Informe de investigación. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Cheang, A., Cooper, C. L. (1985). Psychosocial factors in breast cancer. *Stress Medicine*, 1, 61-66.
- Cooper, C. L. (Ed.) (1986). *Estrés y cáncer*. Madrid: Díaz de Santos (original de 1984, *Psychosocial stress and cancer*).
- Cooper, C. L. (Ed.) (1988). *Stress and breast cancer*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Cooper, C. L. (Ed.) (1996). *Handbook of stress, medicine and health*. New York: C. R. C. Press.
- Cooper, C. L., Cooper, R. y Faragher, E. B. (1985). Stress and life events methodology. *Stress Medicine*, 1, 287-289.
- Cooper, C. L., Cooper, D., y Faragher, E. B. (1986). A prospective study of the relationship between breast cancer and life events, type A behaviour, social support and coping skills. *Stress Medicine*, 2, 271-277.
- Cooper, C. L.; Cooper, R. D. Y Faragher, E. B. (1986). Psychosocial stress as a precursor to breast cancer: A review. *Current Psychological Research Review*, 5, 268-280.
- Cooper, C. L. y Faragher, E. B. (1992). Coping strategies and breast disorders/cancer. *Psychological Medicine*, 22, 447-455.
- Cooper, C. L. y Faragher, E. B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: The interrelationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23, 653-662.
- Cooper, C. L. y Watson, M. (1991). *Cancer and stress*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Edwards, J. R., Cooper, C. L., Pearl, G. S., de Paredes, E. S., O'Leary, T. y Wilhelm, M.C. (1990). The relationship between psychosocial factors and breast cancer: Some unexpected results. *Behavioral Medicine*, 16, 5-14.
- Eicher, W., Herms, V., Kubli, F., Meinel, A. y Reverey, C. (1977). Soziale, sexuelle und psychosomatische aspekte beim endometriumkarzinom. *Med. Welt*, 28, 1631-1634.
- Eysenck, H. J. (1983). Stress, disease and personality: the "inoculation effect". En C. L. Cooper (Ed.), *Stress Research*, New York: John Wiley and Sons, pp. 121-146.
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality Individual Differences*, 6, 535-556.
- Eysenck, H. J. (1988). Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 57-75.
- Faragher, E. B. (1996). Life events, coping and cancer. En C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress, medicine and health*. New York: C. R. C. Press.
- Faragher, E. B. y Cooper, C. L. (1990). Type A stress prone behaviour and breast cancer. *Psychological Medicine* 20, 663-670.
- Fox, B. H. (1998). Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. En J. Holland (Ed.), *Psychooncology*. Oxford: Oxford University Press, pp.110-124.
- Geyer, S. (1991). Life events prior to manifestation of breast cancer: A limited prospective study covering eight years before diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 355-363.
- Geyer, S. (1993). Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Science and Medicine*, 37, 1545-1555.
- Grassi, L., Nappi, G., y Molinari, S. (1987). Ruolo del supporto sociales e del locus of control nella relazione fra eventi stressanti e depressione in reparto chirurgico.

- Rivista di Psichiatria*, 22, 152-163.
- Greer, S. y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 19, 147-153.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R. y Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patient. *Journal of American Medical Association*, 258, 3125-3130.
- Guy, R. (1759). *An essay on scirrhous tumours and cancer*. London: The Wellcome Historical Medical Library, J. and A. Churchill.
- Hermes, V., Eicher, W., Kubli, F. y Reinhold, H. (1977). Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim endometriumkarzinom. *Med. Welt*, 28, 1786-1789.
- Ivancevich, J. M. y Matteson, M. T. (1980). *Stress and work: A managerial perspective*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Joffres, M., Reed, D. M. y Nomura, A. M. Y. (1985). Psychosocial processes and cancer incidence among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology*, 121, 488-500.
- Justice, A. (1985). A review of the effects of stress on cancer in laboratory animals: importance of time of stress application and type of tumor. *Psychological Bulletin*, 98, 108-138.
- Leck, Y., Sibary, K. y Wakefield, J. (1978). Incidence of cervical cancer by marital status. *Journal of Epidemiology Community Health*, 32, 108-110.
- LeShan, L. (1966). An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. *Annals of The New York Academy Sciences*, 125, 780-793.
- McGee, R., Williams, S. y Elwood, M. (1996). Are life events related to the onset of breast cancer?. *Psychological Medicine*, 26, 441-447.
- McLean, B. (1995). Social support, support groups, and breast cancer: A literature review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 14, 207-227.
- Moos, H. R. (1990). *Coping Responses Inventory*. California: Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Centers, Palo Alto.
- Moss, A. R. (1980). Specific risk versus general susceptibility: Social and psychological risk factor for heart disease and cancer mortality in a nine-year prospective study. *Dissertation Abstracts International*, 40, 3677-B.
- Muslin, H. L., Gyarfás, K. y Pieper, W.J. (1966). Separation experience and cancer of the breast. *Annals of The New York Academy Sciences*, 125, 802-806.
- Neale, A. V., Tilley, B. C. y Vernon, S. W. (1986). Marital status, delay in seeking treatment and survival from breast cancer. *Social Science Medicine*, 23, 305-312.
- Paykel, E. S. y Rao, B. M. (1986). Metodología en los estudios de cáncer y acontecimientos de la vida. En C. L. Cooper (Ed.), *Estres y cáncer*. Madrid: Díaz de Santos.
- Priestman, T. J., Priestman, S. G. y Bradshaw, C. (1985). Stress and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 51, 493-498.
- Ramirez, A. J., Craig, T. K. J., Watson, J. P., Fentiman, I. S., North, W. R. S., y Rubens, R.D. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Medical Journal*, 298, 291-293.
- Reynolds, P. y Kaplan, G. A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16, 101-110.
- Scherg, H. D. y Blohmke, M. (1988). Associations between selected life events and cancer. *Behavioral Medicine*, 14, 119-124.
- Snow, H. (1893). *Cancer and the cancer process*. London: J. and A. Churchill.
- Spielberger, C. D. (1988). *Rationality/Emotional Defensiveness Scale and Need for Harmony Preliminary Manuals*. Institute for Research on behavioral Medicine and Health Psychology, South Florida University.
- Vogt, T. M., Mullooly, J. P., Ernst, D., Pope, C. R. y Hollis, J. F. (1992). Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 23, 305-312.
- Waxler-Morrison, N., Hislop, T. G., Mears, B. y Kan, L., (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science Medicine*, 23, 305-312.