

68  
2ef.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**FACULTAD  
DE PSICOLOGIA**

**ADAPTACION PSICOSOCIAL DE LA PACIENTE CON  
DIAGNOSTICO DE CARCINOMA MAMARIO**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**VIRGINIA GUADALUPE CRUZ DOMINGUEZ**

**DIRECTOR: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**

**ASESOR: DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA**

**MEXICO, D. F.**

**JULIO 1997**



**H.C.S.A.E. DE PEMEX**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios que en su infinita bondad me ha dado la vida.

**A mi familia, a mi Padre y Hermanos Nicolás y Martín por todo el cariño y apoyo que siempre me han brindado en todos los aspectos.**

**Especialmente a mi Madre, por todo el amor que siempre me ha dado, por enseñarme el valor esencial de la vida con amor, comprensión, confianza, por el apoyo que siempre me da, por ayudarme a creer en mis sueños.**

**A mi amiga Rosy Laura por todo el apoyo para poder terminar esta tesis, por todo el cariño, por ser como una hermana para mí, por traerme la Escala de Adaptación de España, gracias mil.**

**Al Proyecto para Optimizar la Profesionalización de Psicólogo Clínico dirigido acertadamente por la Dra. Bertha Blum Grynberg, por todo cariño y apoyo que siempre me ha proporcionado, por toda la ayuda para desempeñar mi trabajo institucional con pacientes crónicos, a su equipo, por insertarme en una Institución, a la Maestra Eva Esparza.**

**A mis supervisoras de casos clínicos durante mi estancia hospitalaria: Dra. Annie Marie Brugman, Dra. Rita Zepeda y Mtra. Angelina Guerrero, por todos los conocimientos transmitidos.**

**Al Dr. Roberto González Guzmán por todas las enseñanzas y apoyo para tomar cursos, por darme la mayor cantidad de pacientes no sólo para este proyecto sino también los diferentes enfermos con los que trabaje desde niños, adolescentes y adultos con diferentes tipos de cáncer, por ser la persona que me resolvía mis grandes dudas.**

**Al Dr. Roberto Díaz Palacios por darme la oportunidad de estar en su Servicio durante dos años, por ayudarme a integrar el proyecto para presentarlo en el departamento de enseñanza, por el tiempo, paciencia y por escuchar mis ideas sobre la atención psicológica al paciente oncológico.**

A la Dra. Silvia Rojas Martínez por brindarme su amistad, consejos, y por la asignación de pacientes. Gracias a todos los médicos que conforman el Servicio de Oncología de quienes de una o otra manera aprendí algo: Dr. Raúl Castellanos Alejandro, Dr. Juan Manuel Ruiz Molina, Dr. Jean Rene Clemenceau Valdivia, Dr. Antonio Robles Cerda y Dra. Aurora Valdivia.

Al Departamento de Enseñanza a cargo de la Dra. Judith López Zepeda por la confianza brindada hacia mi persona y mi proyecto. A Francisco Cruz por toda su ayuda en el manejo de la computadora, a la Dra. Laura Moreno y Dr. Jorge Carreon con quienes se inició el proyecto.

Al Departamento de Informática al Lic. Salinas y Srita. Iberia por todas las facilidades para tener acceso a datos de las pacientes de la investigación.

Al Departamento de Psiquiatría y Psicología, especialmente al Dr. Garcia Servin, Psicóloga Patricia Castrejón y al Dr. Garcia Luna.

A todos mis amigos que no llevo nombrar por temor a omitir a alguien sin embargo ellos saben perfectamente quienes son, bueno eso espero, gracias mil por todo el cariño que siempre me han demostrado, especialmente a mis amigas enfermeras del Hospital Pemex del Servicio de Oncología.

A mis sinodales Maestra Araceli Mendoza y Maestra Rocio Avendaño por todos los consejos, la buena escucha, la atención, la calidad del trato, que me han ayudado en gran medida.

Al departamento de Informática de Fundación UNAM de la Facultad de Medicina por la ayuda brindada al Sr. Francisco, Angel, Omar y Juan Carlos Palomo.

Gracias al Programa de Beca-Tesis en Proyectos de Investigación por su apoyo económico para la realización de este trabajo.

**Gracias a la Dra. Crespo Hervas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid por enviarme la Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física (PAIS-SR versión española).**

*Un agradecimiento muy especial a la persona que desde el primer momento que lo conocí escucho mis ideas me ayudo a aclararlas, plantearlas y poderlas llevar a cabo, por no ser sólo un asesor sino un gran maestro al dirigir mi trabajo, al aclarar mis dudas y al estar al tanto de los detalles de esta investigación, gracias por todo el apoyo, horas de trabajo y aprendizaje que obtuve con usted.*

***Dr. Francisco Antonio Morales Carmona.***

## ***ÍNDICE***

|   |    |
|---|----|
| Agradecimientos.....  | 2  |
| Resumen.....  | 7  |
| Introducción.....   | 8  |
| <b>Capítulo I</b>   |    |
| <i>"Antecedentes los Problemas Psicosociales en Oncología"</i> .....  | 10 |
| I. 1 Tratamientos y Actitudes Psicosociales frente al Cáncer.....   | 12 |
| I. 2 El Nuevo Campo de la Psico-oncología.....  | 17 |
| <b>Capítulo II</b>  |    |
| <i>"Repercusiones Físicas, Psicológicas y Sociales de la Mujer con Diagnostico de Carcinoma Mamario."</i> ..... | 19 |
| II. 1 Fases de la Enfermedad.....   | 23 |
| II. 2 Prediagnóstica.....   | 23 |
| II. 3 Diagnóstica.....  | 24 |
| II. 4 Fase de Tratamientos Médicos.....   | 29 |
| II. 5 Fase de Recurrencia.....  | 33 |
| II. 6 Fase Paliativa Terminal.....  | 34 |
| <b>Capítulo III</b>   |    |
| <i>"Adaptación "</i> .....  | 37 |
| III. 1 ¿Que es la adaptación?.....  | 39 |
| III. 2 Afrontamiento y Adaptación.....  | 41 |
| III. 3 Clasificación del Afrontamiento.....   | 43 |
| III. 4 Los Ajustes Cognoscitivos y Afectivos al Cáncer.....   | 47 |
| III. 5 Adaptación a los demás.....  | 53 |
| III. 6 Factores relacionados con Adaptación Psicológica.....  | 54 |
| III. 7 Trastornos de Adaptación.....  | 55 |

## **Capítulo IV**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| <i>"Metodología"</i> .....            | 57 |
| IV. 1 Planteamiento del problema..... | 58 |
| IV. 2 Objetivo.....                   | 58 |
| IV. 3 Diseño.....                     | 58 |
| IV. 4 Población.....                  | 59 |
| IV. 5 Definición de Variables.....    | 59 |
| IV. 6 Técnicas y Procedimientos.....  | 60 |

## **Capítulo V**

|  |    |
|--|----|
| <i>"RESULTADOS"</i> .....              | 65 |
| V. 1 Características de Población..... | 66 |
| V. 2 Análisis de Resultados.....       | 74 |

## **Capítulo VI**

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| VI. 1 "Discusión y Conclusiones"..... | 94  |
| VI. 2 Limitaciones y Sugerencias..... | 100 |

## **Capítulo VII**

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| VII. 1 Bibliografía..... | 103 |
| Anexos.....              | 107 |

## **RESUMEN**

*Existe abundante literatura internacional acerca de las reacciones emocionales que surgen ante el diagnóstico y diversos tratamientos del carcinoma mamario, además se han identificado factores que pueden favorecer o afectar la adaptación psicosocial a la enfermedad y como consecuencia el curso de la misma.*

*La presente investigación consistió en elegir una muestra de 80 pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario, que representa una cuarta parte del total de la población anual que llegan con este padecimiento a Consulta Externa al Servicio de Oncología del Hospital Pemex, se les informó los fines de la investigación. Se aplicaron los siguientes instrumentos Entrevista estructurada, Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física (PAIS-SR versión española), Cuestionario General de Salud de Goldberg, y la Escala de Afrontamiento de Moos.*

*Los resultados muestran que los instrumentos pueden llegar a reconocer síntomas que sugieren problemas en el funcionamiento de la vida de estas pacientes, se encontraron relaciones importantes entre las áreas de adaptación, malestar psicológico y afrontamiento, además se identificaron que los factores principales relacionados con la adaptación son el malestar psicológico, afrontamiento cognoscitivo-Activo y conductual, haber recibido tratamiento con radioterapia que implica una relación directa con la etapa clínica de la enfermedad. También se encontró que el tener problemas psicológicos previos incrementa el riesgo de presentar problemas de adaptación.*

*Tales consideraciones muestran la importancia de reconocer estos factores y hacer posible un modelo de intervención psicosocial, creado con base en los hallazgos obtenidos y encaminado principalmente a lograr un mejor funcionamiento de estas pacientes en las diversas áreas que conforman su vida.*

## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer constituye hoy en día un problema de Salud Pública no sólo en México, sino en todo el mundo. En nuestro país, ocupó en 1994 el segundo lugar como causa de mortalidad, siendo responsable de 11.1% del total de muertes ocurridas en ese año. Los tumores malignos en nuestro país son la segunda causa de muerte de la población femenina; entre ellos, el carcinoma mamario ocupa el segundo sitio después del cáncer cervico-uterino. Esta enfermedad es responsable de 22315 defunciones registradas en México durante el periodo 1985 a 1994. La información más reciente (1994) muestra que el cáncer de la glándula mamaria se colocó en tercer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos, con un total de 2785 defunciones anuales.

Los principales factores de riesgo para el cáncer de mama incluyen: antecedentes menstruales como menopausia tardía, también se han considerado la herencia como un factor importante para que se presente la enfermedad, la nuliparidad, algunos autores señalan que las pacientes con este tipo de enfermedad tienen características de personalidad como número de eventos traumáticos que provocaron desesperanza, tendencia a la abnegación, falta de contacto emocional positivo, reacciones emocionalmente pobres, inhibición, agresividad reprimida y rechazada, personalidad depresiva, sexualidad inhibida, incapacidad para descargar ira y hostilidad.

El impacto que sobre la mujer tiene el diagnóstico y tratamiento de carcinoma mamario ha llevado a los profesionales de diversas áreas de la salud a incursionar en este terreno. De particular interés ha sido el trabajo que se lleva a cabo con las mujeres con esta enfermedad, en general, se han observado trastornos emocionales ante la enfermedad y los diversos tratamientos oncológicos.

La ciencia médica dentro de la oncología ha tenido importantes avances tecnológicos que han posibilitado mayor sobrevida, esto abre la posibilidad de estudiar los efectos físicos, psicológicos y sociales que acontecen en la vida de estas mujeres.



El cáncer de mama es un padecimiento que es manejado en forma multidisciplinaria dentro de la oncología entre los tratamientos que pueden recibir, estas pacientes se encuentran: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia., estos van desde recibir sólo un tratamiento, tratamientos consecutivos o simultáneos, dependiendo de la Etapa Clínica de la enfermedad.

La literatura señala que las respuestas de afrontamiento y adaptación pueden influir directamente en el curso de la enfermedad y por lo tanto en la calidad de vida.

Diversos autores señalan que existen respuestas emocionales frente al cáncer ante cada una de las etapas por las que atraviesa la mujer durante su padecimiento, existen respuestas que pueden llegar a considerarse normales, sin embargo en muchas ocasiones estas respuestas se exacerban en intensidad y tiempo

Es posible que la mujer con este diagnóstico niegue la enfermedad, sufra ansiedad, depresión, aislamiento, que presente problemas en su autoestima y en sus relaciones interpersonales, sociales, de pareja, familiares, por lo cual su funcionamiento se va a ver minimizado. El hecho de que la estructura afectada sea la glándula mamaria implica repercusiones importantes en su femineidad y amenaza sobre el desempeño de roles relacionados con ésta.

A partir de estas observaciones, consideramos que la presente investigación puede generar aportaciones que permitan conocer que factores influyen sobre la Adaptación Psicosocial de la mujer con diagnóstico de Carcinoma Mamario, además de conocer como es funcionamiento en diversas áreas que conforma la vida de estas mujeres e identificar que pacientes tienen riesgo de presentar problemas de adaptación psicosocial y cómo pueden beneficiar con intervenciones psicosociales.

## ***CAPITULO I***

### ***ANTECEDENTES***

## DISCURSO SOBRE LOS CANGREJOS

*En la costa se afirma que los cangrejos  
son animales hechizados.*

*Son seres incapaces de volverse  
para mirar sus pasos.*

*De las tercas marinas aprendieron  
la virtud del repliegue, el ocultarse  
entre rocas y limo.*

*Caminantes oblicuos  
en la tenacidad de sus dos pinzas  
sujetan el vacío que penetran  
sus ojillos feroces como cuernos.*

*Trepadores nocturnos  
armaduras errantes  
hoscos y eternamente fugitivos  
siempre rehuyen la inmortalidad  
en imposible círculos cuadrados.*

*Ignoró en cual momento dio su nombre  
a ese tumor que rompe los tejidos  
y aun al comenzar el final tercio  
del siglo veinte  
permanece invencible,  
y basta su mención para que el miedo  
cruce el rostro de todos los presentes.*

JOSÉ EMILIO PACHECO, 1967

## **ANTECEDENTES**

Los problemas psicosociales han sido motivo de muchas investigaciones en el campo de la oncología.

Jimmie Holland hace una recopilación de las implicaciones y abordajes psicosociales en pacientes con cáncer en un libro que lleva por título "Psychosocial Aspects of Oncology", de éste se toman algunas consideraciones para plantear la importancia de estos factores en la vida del paciente oncológico. Una comprensión de los problemas psicosociales de los pacientes con cáncer y de sus familias, esta orientado a tomar en cuenta no sólo las actuales manifestaciones del daño sino tambien los significados individuales que se agregan a éste.

*Lo difícil no es el hecho de "tener cáncer", sino los significados implícitos que la persona une a la enfermedad: dolor, hospitalización, dudas, incapacidad de cuidar a su familia, soledad, pérdida del atractivo o de la función sexual, incapacidad y muerte posible... encontrar modos de enfrentarse con la realidad arrolladora, pero "real". (Holland, 1973)*

### ***Tratamientos y Actitudes psicosociales frente al cáncer en los años 1850-1950***

Para estos momentos ya se realizaba en forma sistematizada intervenciones quirúrgicas de la glándula mamaria, ya había descubierto la anestesia y asepsis. Las reacciones ante el cáncer no podían compararse con ninguna otra enfermedad, causaban en la persona y familia la sensación de horror y miedo. El diagnóstico se discutía entre el médico y la familia procurando dar la menor información al paciente. La posibilidad de cura dependía sólo de la detección temprana y del lugar donde se localizaba el daño, el cual sólo podría ser removido con cirugía. La cura era extremadamente rara el cáncer se igualaba a una muerte inminente. En 1900 se empezó a difundir información sobre el cáncer surgieron publicaciones en Prusia e Inglaterra acerca de la educación que se debía tener sobre el cáncer y su tratamiento. En 1913 se crea la Sociedad Americana del Cáncer dedicada principalmente a combatir la ignorancia y miedo por la diseminación del conocimiento de los síntomas, tratamiento, prevención del cáncer principalmente cervico-uterino y de mama.

Durante el siglo XIX más pacientes con cáncer pudieron ser manejados por sus familias, otros estaban al cuidado de hermanas compadecidas, representadas por el movimiento de Hospicios Europeos.

El desarrollo de la radioterapia a principios del siglo XX añadió un nuevo tratamiento para el cáncer. El primer instituto radiológico fue establecido en París (1909) y fue seguido por otros alrededor del mundo. Inicialmente la radiación sólo ofrecía paliación después del fracaso quirúrgico, la dosis no podía ser cuantificada, causaba quemaduras y efectos dolorosos en los sitios radiados, los efectos curativos iniciales pudieron ser demostrados en 1920 con la habilidad para controlar la dosis.

Para 1930 se inició una amplia atención de la comunidad para la investigación médica. El Instituto Nacional de Cáncer en Estados Unidos fue establecido en 1937 y fue el primer modelo médico para las investigaciones en oncología.

### *Tratamiento y actitudes de 1950-1975*

Se desarrolla el primer agente anticancerígeno para el tratamiento del cáncer en 1950. Se empieza a utilizar la quimioterapia, se logran respuestas alentadoras para la leucemia aguda. El desarrollo de nuevos medicamentos oncológicos y de especialidades médicas como: hematología oncológica, oncología pediátrica proporcionaron nuevas oportunidades para iniciar el apoyo psicosocial, así como mayor atención en los problemas emocionales y cuidado paliativo de los pacientes oncológicos. Nicole Alby en París y Lansky en Estados Unidos inician las investigaciones psicosociales, en la oncología pediátrica se empezaron a atender problemas psicosociales en niños con cáncer. El apoyo psicosocial se incrementa en 1950 para estos pacientes en Estados Unidos los trabajadores sociales son los primeros profesionales dedicados a estudiar las respuestas ante el diagnóstico. El surgimiento de nuevos tratamientos quirúrgicos como la laringectomía y la colostomía, dan la oportunidad de establecer intervenciones psicológicas para hablar con los pacientes y anticiparlos sobre la cirugía. Pese a las críticas se daban resultados alentadores para las personas que consentían los procedimientos radicales, se empieza a conocer la función curativa. El apoyo psicológico para mujeres con diagnóstico de cáncer de mama fue desarrollado por Teresa Lasser y Fannie Renau en Nueva York en los años 50's. La Sociedad Americana del Cáncer crea programas de apoyo post-mastectomía. Diferentes profesionistas, empiezan a discutir las repercusiones que causaba la mastectomía. Se forman programas de grupos de autoayuda para pacientes mastectomizadas, los cuales se expandieron por varios países.

A pesar del gran respaldo de los pacientes, esas organizaciones lucharon para ganar la aceptación de la comunidad médica. Los médicos no reconocieron rápidamente la importancia del apoyo psicológico al paciente durante el diagnóstico y tratamiento.

Los profesionales que se dedicaban a esta área aconsejaban sobre los miedos inapropiados y sobre la importancia de la relación médico-paciente.

Otras de las contribuciones de psiquiatras y psicólogos que se aunaron para asistir al paciente con cáncer fue lo concerniente a la calidad de vida que podrían resumirse, en:

- a) Describen la adaptación de los pacientes al cáncer, tomando en cuenta los modelos de comunicación en la enfermedad avanzada y la importancia de la culpa como una reacción.
- b) El grupo del Hospital Memorial en Nueva York ofreció la primera descripción de las reacciones del paciente para los cambios físicos y funcionales causados por la colostomía y la mastectomía radical.
- c) En Estados Unidos y Europa se interesaron en la medicina psicosomática, algunos psiquiatras buscaban explicaciones psicodinámicas para la vulnerabilidad al cáncer. Otros ofrecían nuevas ideas en las respuestas individuales al escuchar el diagnóstico y en el afrontamiento que presentaban ante el daño.

La importancia del cuidado del enfermo con cáncer, fue desarrollado tomando en cuenta aspectos psicosociales. El movimiento de Hospicios en Europa incremento la atención de la calidad de vida y control de síntomas de los pacientes moribundos. En Londres Cecily Saunders, en Estados Unidos Kübler-Ross en 1970 estudian la comunicación con el paciente moribundo, esto hizo notar también los problemas de la sociedad para enfrentar la muerte.

Los representantes de Salud Mental desempeñaron un rol decisivo, al resaltar la importancia de revelar el diagnóstico. Los debates iniciaron en los Estados Unidos alrededor de los años 50's la sabiduría cuestionable de no revelar el diagnóstico al paciente oncológico. En una encuesta realizada por Oken el 90% de los médicos reportaron que ellos nunca decían el diagnóstico al paciente sólo revelaban éste a la familia, un grupo de psiquiatras iniciaron en señalar que la mentira es lo más dañino, dando como resultado la pérdida de la confianza en el médico y un impacto emocional negativo sobre la interacción honesta con el paciente. (Oken 1961; citado por Cooper, 1986).

Algunos médicos cambiaron la práctica y encontraron que el paciente se sentía más confortable, resultando más comprensivo y sin falsas expectativas. A partir de entonces el paciente fue informado acerca del diagnóstico y tratamiento incrementando la demanda de atención. La información acerca de los beneficios de los tratamientos, efectos y otras opciones disminuye la morbilidad que presenta el paciente. Con estos cambios el paciente afronta mejor su enfermedad.

#### *Actitudes de 1975 al presente.*

Un estudio similar en 1977 muestra que el 97% de los médicos en Estados Unidos informaban generalmente a los pacientes del diagnóstico. En el año de 1984 en Estados Unidos y en otras ciudades se informaba generalmente del diagnóstico apoyándose los médicos en miembros de la Sociedad Internacional de Psico-oncología, dio como resultado que el paciente se encontrará emocionalmente mejor, al conocer el diagnóstico el enfermo vinculaba cercanamente las expectativas de vida las cuales cambiaban según la cultura. Actualmente médicos y profesionales de la salud mental trabajan juntos para mejorar la atención del paciente oncológico, poco a poco se han ido creando modelos de atención psicosocial.

El estudio de los problemas psicosociales en la oncología desde una perspectiva histórica muestra dos realidades en el tiempo: la realidad médica de la posibilidad de sobrevivir en un periodo particular con cáncer y las actitudes que presenta la sociedad. Como más pacientes sobreviven y están curados, esta es una razón para permanecer reservado el diagnóstico. Existen muchos problemas por ejemplo el moribundo que permanece angustiado ante la muerte, los enfermos en quienes el cáncer es una enfermedad crónica, y los que son curados. En cada grupo se detectaron problemas psicosociales los cuales requieren de evaluación e intervenciones totalmente diferentes. Esta es la era presente de la oncología estos problemas psicosociales son examinados en esa monografía: el paciente es activo en el tratamiento, recibe cuidado paliativo, y el paciente curado tiene el riesgo y miedos de sufrir una recurrencia.

De esta manera desde la década pasada el interés del cuidado psicosocial de las disciplinas oncología, psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, tienen creado un nuevo y más grande conocimiento de los aspectos de la calidad de vida del enfermo con cáncer. Estos cambios se relacionan con el incremento de quienes escriben y hablan acerca de su experiencia, alrededor del conocimiento y participación de los pacientes en las decisiones de tratamiento.

Varios centros de Europa tienen contribución para los cambios dentro de esta disciplina. La unidad psicosocial de Karolinska, bajo la dirección de Bolund ha sido importante inicialmente por Feigenberg Maguire en Manchester ha sido activo en la educación de médicos con respecto a la comunicación y cuidado psicosocial tal como el Grupo de Switzerland dirigido por Meerwein y actualmente Humy en Berna.

Organizaciones como como Psicología y Cáncer en Francia y el Grupo de Estudios Psicosomáticos Internacionales encabezado por Balthrush, los cuales aportan trabajos y estudios de los aspectos emocionales y cáncer. Todos ellos con diferentes pero importantes proyectos. El Grupo Británico de Oncología Psicosocial ha tenido fuerza significativa, tienen encuentros regulares y publicaciones. Los Grupos de Oncología Psicosocial Alemán e Italiano ofrecen formación a profesionales de la psicología interesados en esta área. Ventafridda ofrece importantes contribuciones en el control del dolor y el cuidado paliativo, apoyando al paciente moribundo.

Existen organizaciones internacionales que se han preocupado por el estudio e investigación de la calidad de vida como el Centro de Amsterdam, así, han validado escalas para evaluar la calidad de vida en pruebas clínicas las cuales son rápidamente adoptadas en varios centros. Con el crecimiento del trabajo clínico psicosocial y las investigaciones surge la Sociedad de Oncología Psicosocial en 1986 con Ziltoun como primer presidente, la cual incrementa la investigación clínica y la enseñanza en Europa.

En Estados Unidos, también se ha realizado investigación psicosocial. El Plan Nacional de Cáncer desarrollado en 1972 el cual incluye la enseñanza en la rehabilitación y cuidado continuo en pacientes oncológicos. La primer conferencia en investigaciones psicosociales fue dictada en San Antonio, Texas en 1975. En 1977 Holland aplica la primera escala de Calidad de Vida en un grupo clínico. Posteriormente se fundó el Instituto Nacional del Cáncer en éste se estudia la calidad de vida en pacientes activos en tratamiento y más recientemente se usa un registro para estudios en sobrevivientes. En 1978 el Grupo Colaborativo Psicosocial (PSYCOG), que fue formado por Schmale con Chairman dirigiendo el INC quien permite la colaboración de investigaciones psicosociales en varios centros. Así se emprenden numerosos estudios que incluyen la prevalencia de problemas psiquiátricos.



**La Sociedad Internacional de Psico-oncología (IPOS), fue formada para encontrar nuevas oportunidades de investigaciones psicosociales en diferentes países, en los cuales se realizan estos estudios para aprender la nueva clínica y habilidades de investigación.**

La Sociedad Americana de Cáncer y especialmente la división de California, señalan la necesidad del apoyo psicológico en 1980. El Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering servicio de psiquiatría en Nueva York, reconoce el 1981 la ausencia de educación la cual se puede conseguir realizando más actividades en esta área. En 1982 se organizó el primer simposium realizado en Nueva York, a éste asistieron personas de 15 países, el segundo se realizó en 1984, se discutían criterios de la tendencia de trabajo, la comunicación acerca de las investigaciones clínicas con respecto a la enfermedad y aspectos psicosociales.

En México la Sociedad Mexicana de Psicooncología bajo la dirección de Romero en 1984 y la Sociedad de Psico-oncología Japonesa con Kawano en 1985. En 1988. La Sociedad de Oncología Psiquiátrica/SIDA fue formada con Holland como presidente inicial impulsando el cuidado clínico y la investigación.

Actualmente se están realizando investigaciones con pacientes con cáncer en nuestro país en algunas Instituciones como el Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General.

#### ***El Nuevo Campo de la Psico-oncología.***

Gracias a los esfuerzos de las personas antes mencionadas y muchas otras no reconocidas por las limitaciones de espacio, en la actualidad, se incorpora el cuidado psicosocial en su totalidad del paciente con cáncer en algunas instituciones.

Así se realizan investigaciones en áreas de cuidado clínico, tanto en la prevención y detección, además, hoy en día más centros ofrecen entrenamiento en clínica e investigación psico-oncológica tal como es el caso del Centro Memorial Sloan-Kettering, que reconoce esta especialidad en oncología con formación teórica y práctica.

**La Oncología Psicosocial o Psicooncología es vista como la especialidad en Oncología la cual estudia dos dimensiones del cáncer: la primera dimensión es el impacto psicológico que causa la enfermedad y tratamiento en el paciente, y su familia. La segunda dimensión es evaluar la importancia de factores psicológicos en el riesgo y sobrevida del paciente oncológico.**

**Actualmente existen más de cien organizaciones internacionales que estudian los aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer, estas organizaciones se desempeñan en diferentes instituciones creando líneas de investigación, organizando congresos, cursos de especialización, revistas y publicaciones periódicas en países como España, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, etc.**

**CAPITULO II**

**REPERCUSIONES FÍSICAS,  
PSICOLÓGICAS Y SOCIALES  
DE LA MUJER  
CON DIAGNOSTICO DE  
CARCINOMA MAMARIO**

*Algo Sobre La Muerte  
Del Mayor Sabines*

*Es un mal sueño largo,  
una tonta película de espanto,  
un túnel que no acaba  
lleno de piedras y de charcos  
¡Que tiempo éste, maldito,  
que revuelve las horas y los años,  
el sueño y la conciencia,  
el ojo abierto y el morir despacio!*

*Jaime Sabines*

## **REPERCUSIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA MUJER CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA MAMARIO**

El cáncer de mama es una enfermedad caracterizada como cualquier otra enfermedad crónica por su temporalidad en cuanto a su permanencia en el tiempo y globalidad en términos de área vitales comprometidas. En este tipo de cáncer el tratamiento efectivo puede producir sobrevida diez años en comparación con cánceres en otros sitios, sin embargo el potencial físico, psicológico y sexual es afectado por el diagnóstico y tratamiento, ambos impactan la calidad de vida. El rango de tratamientos en sus diversas modalidades (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) y combinaciones pueden tener similares resultados en respuesta y sobrevida pero pueden producir efectos muy diferentes sobre el bienestar emocional. Evaluar estos aspectos puede ayudar a identificar que pacientes se pueden beneficiar con intervenciones psicosociales. (Fallowfield, 1995).

El surgimiento de un padecimiento como el cáncer crea consecuencias emocionales muy importantes en la paciente, desde la aparición del primer síntoma empieza la problemática psicosocial, surgen miedos los cuales pueden determinar el curso de la enfermedad. Por ejemplo, la paciente que niega el síntoma a pesar de ver el nódulo y sentirlo, lo atribuye a un desgarrar muscular, puede tardar mucho tiempo en acudir a una consulta médica e incluso acudir por otra situación y no decirle nada al médico lo que ocasionará que el daño siga avanzando y cuando ya no pueda ocultar la enfermedad ya sea por el crecimiento tumoral y/o la aparición del dolor su enfermedad ya estará en un estadio más avanzado y desde luego el pronóstico será mas desfavorable, y las terapéuticas para combatir la enfermedad mucho más severas, en muchas ocasiones estas pacientes ya tienen antecedentes de cancer de mama en la familia y "no reconocen la importancia de decir lo que les esta pasando",. nunca asocia (conscientemente) que "la bolita" sea un cáncer, en otras ocasiones otras pacientes tomara cualquier sintoma como cáncer, sobre todo las pacientes que han estado en control con este padecimiento.

Para comprender los efectos psicosociales que produce el cáncer de mama en la mujer es necesario tomar en consideración las valoraciones simbólicas de esta estructura en la mujer y su trascendencia psicológica, de lo contrario no se podrá entender las gravísimas repercusiones psíquicas que se evidencian ante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La mama es sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción y afectividad. A través de los diversos períodos de la historia, la mama se ha representado en el arte y en la escultura de diversas formas, según el concepto de belleza dominante en el período histórico concreto. Las esculturas más antiguas evidencian, en particular, cuerpos femeninos con senos grandes como la Venus de Laussel y la Venus de Willendorf, expresando gustos diametralmente opuestos a los gustos modernos.

El seno ha sido siempre objeto de particular atención, también en el campo de la moda, los griegos primero y más tarde los romanos comienzan a desarrollar el uso de sujetadores con el fin de conseguir un mejor conjunto estético de la mujer. Entre los griegos, con Fidia se definen los cánones de la belleza, con la creación de estatuas armónicas a las que sucesivamente se les va añadiendo una delicada sensualidad. En la Venus de Milo y en la Afrodita de Cirene se alcanza el máximo de la armonía de cuerpo femenino en tanto que los escultores romanos se fijan más en la anatomía humana.

En nuestra cultura y en otras, la mama se ve generalmente como un símbolo de femineidad y de atractivo sexual, puede servir para la nutrición, la relación madre-hijo, también funciona como una fuente de excitación sexual. La mama no sólo recibe estímulos aferentes sexuales de la misma mujer, sino que también sirve como fuente de excitación para el hombre.

La mama símbolo cultural de femineidad y una parte muy importante que conforma la autoestima de la mujer. La enfermedad y tratamiento pueden causar miedo, ansiedad, agresión. Ante la noticia se producen reacciones emocionales razonables, se ha encontrado que programas de apoyo y educación pueden minimizar estas reacciones (Williams, 1995).

También la religión cristiana nos permite comprender la importancia estética de la mama, a pesar de que la función más importante que se le atribuye es la nutrición del bebé. La mama es vista como una estructura muy importante en la maternidad, esta a su vez considerada como una función social, en donde toda mujer queda reducida a la maternidad y toda función de maternidad debe ser ejercida por la mujer. (Ferro, M. 1991).

En suma el símbolo de maternidad, femineidad y sexualidad, se pueden ver afectados a consecuencia de la amputación del seno, como un cruel castigo capaz de disminuir la actividad y atracción eróticas, causando disfunciones a posteriori muy importantes. La respuesta psicológica a la enfermedad varía enormemente de una paciente a otra inclusive si se padece un trastorno similar en naturaleza y severidad. La enfermedad puede ser percibida como amenaza, como pérdida, castigo y otras diversas vicisitudes.

Esta enfermedad puede causar trastornos psiquiátricos y psicológicos ya sea de nuevo o al descubrir una disposición latente, tal y como ocurre frecuentemente en el cáncer de mama. Frecuentemente la mujer se hunde en una grave depresión con una tríada de síntomas fundamentales: visión negativa de sí misma, visión negativa del futuro y visión negativa del ambiente, se produce así mismo un ruptura de la autoestima, porque la enfermedad ataca precisamente en el símbolo de la femineidad, de la sexualidad, de su propio yo, de su propia existencia. Surge una crisis de angustia muy intensa que se traduce finalmente en una crisis existencial de tal manera que la mujer afectada realiza la siguiente sentencia (generalmente en voz baja): "así no merece la pena vivir", "no quiero seguir adelante". (Florez, 1994)

En respuesta a la enfermedad el individuo pone en acción diversos procesos de contención, se emplea este término para designar las estrategias, que se oponen a la amenaza. Estos procesos de contención, constan de componentes intrapsíquicos y conductivos, pueden ser adaptativos o desadaptativos, y en último caso, la influencia que ejercen sobre el pronóstico puede ser adversa. (Lazarus, 1986).

Por ejemplo, Greer y cols (1979); citados por Cooper, observaron un resultado más favorable después de la mastectomía en las mujeres que tenían espíritu de lucha, mientras que los resultados peores estaban asociados, bien con sentimientos de desesperanza/desamparo, o con una aceptación estoica de la enfermedad.

Desde el momento en que se produce la sospecha, hasta que se realiza el diagnóstico, la persona consciente de las consecuencias del diagnóstico positivo indudable sujeta a mucha ansiedad (intranquilidad, preocupación, malestar físico, tensión psíquica, irritabilidad), junto con preocupaciones suicidas descritas como una respuesta común a un diagnóstico de cáncer. (Laxenaire, 1971; citado por Cooper, 1986).

La edad y estado civil constituyen también importantes variables que intervienen en las actitudes y respuestas psicológicas de la mujer con cáncer de mama. En las mujeres jóvenes el impacto psíquico es mayor, mientras que en las mujeres seniles la afección siempre es menor, aceptándose mejor la cirugía. Se ha observado que las pacientes más jóvenes presentan problemas de dificultades serias en su adaptación psicológica, y mujeres de mayor edad presentan principalmente problemas médicos y físicos. (Vinokur, 1989)

En mujeres solteras, la reacción ansiosa y de angustia, generalmente es mayor, porque considera que su relación de pareja van a quedar perturbadas o imposibilitadas tras la intervención. En el caso de la mujer casada, el apoyo de su cónyuge resulta fundamental, si es tolerante y comprensivo con los seguros estados de ansiedad, anhedonia y disminución de la libido que necesariamente van a aparecer en ésta, principalmente si esta mastectomizada (Espinosa y cols 1991).

Para conocer el proceso de apoyo del cónyuge en respuesta psicológica al cáncer de mama. Se realizaron entrevistas estructuradas que fueron aplicadas a 113 mujeres quienes habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama dentro del año previo. Encontrándose que la satisfacción con la ayuda del cónyuge estaba asociada con bienestar psicológico. Aunque las mujeres tengan buena relación con otras personas, esta no compensa el apoyo de la pareja. La buena comunicación con la pareja fue caracterizada por gran empatía y bajo abandono. Los hallazgos sugieren que las intervenciones dirigidas a la pareja pueden ser un efectivo camino para reducir el estrés psicológico y lograr una mejor adaptación a la enfermedad. (Pistrong, Barker, 1995)

El entorno social inmediato es importante en función de las respuestas emocionales que los familiares y amistades dan a la actitud del propio paciente. Los efectos que producen las relaciones con familia amigos y otros, la calidad de relación entre paciente y componentes del equipo terapéutico ejercen evidencialmente una profunda influencia en la forma en que el individuo reacciona frente a la enfermedad, al igual que los tratamientos que va recibir.

Se habla del cáncer como un padecimiento familiar, ya que, como en tantos padecimientos crónicos, la familia tiene un papel fundamental. Será el apoyo confidente y ayuda en el tratamiento. No se puede separar a la paciente de su familia, ya que constituyen un sistema. De los patrones familiares dependen muchas de las conductas de la paciente.



Es conveniente conocer como esta conformada la estructura familiar: a) desunida, b) aislada, c) comunicada, d) amalgamada. Hay que conocer la comunicación que existe en el núcleo familiar, ya que será con ellos con los que podrá interrelacionarse más el paciente. Por otro lado, hay que determinar qué tan adaptable es la familia, ya que cuando hay un miembro con cáncer se suscita una serie de cambios de funciones (roles): al principio, cuando el paciente es diagnosticado y tratado pierde una serie de funciones y su lugar en la familia lo cubren otros miembros (con gusto a su pesar), y cuando puede reintegrarse a la familia puede o no readquirir sus roles (porque no puede o porque no quiere). Todos los desplazamientos son difíciles y dolorosos y tienden a ocasionar tensión intrafamiliar y a acentuar sentimientos de inseguridad, rechazo, coraje, miedo, etc. que si no son manejados en forma adecuada pueden incrementar los problemas de la familia, el apoyo que esta proporcione motivará a la paciente a aceptar o rechazar los tratamientos.

### ***FASES DE LA ENFERMEDAD***

#### Fase prediagnostica.

La paciente se muestra muy alterada regularmente es sometida a estudios como la mastografía, biopsias, exploraciones por distintos médicos y en diversas Instituciones, además la ansiedad de que los resultados sean positivos de que pueda ser cáncer, asociará los casos que conoce de personas con éste padecimiento además imaginará los procedimientos terapéuticos que le van a ser aplicados. Aquí empieza el trabajo medico el cual en la forma de plantear y de informar a la paciente lo que esta pasando dependerá la adherencia terapéutica, la confianza que se desarrolle con el medico, y en muchas ocasiones la actitud que la paciente va a presentar ante la enfermedad, el planteamiento de la problemática debe de ser en términos que la paciente se sensibilice de la importancia del chequeo y de las pruebas que se le van a realizar. (Schamale, 1978).

Algunos autores indican que el momento de mayor estrés psicológico es el periodo transcurrido entre el hallazgo del nódulo mamario y el diagnóstico. Por ejemplo, Scott evaluó la función cognoscitiva y la ansiedad en 85 mujeres mientras esperaban los resultados de una biopsia de mama y seis semanas después de haber recibido un informe negativo.

La investigadora observó una alteración muy pronunciada de la concentración y del pensamiento crítico asociada con un alto nivel de ansiedad antes del resultado de la biopsia. Seis u ocho semanas después de conocido el resultado negativo se apreció una disminución del nivel de ansiedad y una mejoría en las facultades intelectuales. Renneker y Cutler sugirieron que el miedo a perder la mama era el factor de preocupación principal en casi todas las mujeres con un nódulo mamario, aunque la mayor parte de los otros estudios determinaron que el principal motivo de la ansiedad era el miedo al cáncer y no a la cirugía. (Cooper, 1986).

#### Fase diagnóstica

La literatura publicada durante los últimos 30 años indica sin ninguna duda que el diagnóstico de cáncer de mama, se asocian con altos índices de morbilidad psiquiátrica

Si el resultado de los estudios es positivo la paciente empieza a enfrentarse a su terrible realidad, asociara su cáncer inevitablemente a muerte, a mutilación, rechazo, miedo a morir. Las reacciones pueden ser diversas algunas pacientes manifestaran y dirán no tener miedo, aceptaran someterse a cualquier tratamiento con el fin de conservar su vida, no importando que éste sea cirugía, quimioterapia, etc. Otras pacientes se negaran a toda posibilidad harán hasta lo imposible por no perder su glándula mamaria, sobre todo aquellas más jóvenes, deportistas y en quienes la mama tiene mayor significado para su femineidad y vida.

Algunas pacientes responderán activamente, solicitarán información, leerán, buscaran personas con experiencias similares, serán más demandantes con su médico y todo el personal de salud, su espíritu de lucha será innegable, otras pacientes serán pasivas y aceptarán sin preguntar nada, depositando toda su confianza en los profesionistas diciendo que ellos saben lo que tienen que hacer.

Por ejemplo, Antoni Font evaluó las diferentes estrategias que utilizan las pacientes con cáncer de mama para enfrentarse a los problemas de salud en tres niveles: conductas, pensamientos y reacciones emocionales. A nivel de conductas, la estrategia más frecuente utilizada fue la de cumplir exactamente las prescripciones médicas, a nivel de pensamientos, se observó una frecuente utilización de la negación y la respuesta emocional más frecuente fue la resignación. Constató que la relaciones entre determinados tipos de estrategias y la calidad de vida es subjetiva al estado de salud.

Las pacientes que frecuentemente piensan que “ya pasara” presentan mejor calidad de vida que las que piensan que nunca pasara. Lo contrario ocurre con la estrategia aislarse. Por otra parte los pensamientos y los aspectos emocionales se relacionaron más con diferencias a nivel de calidad de vida, que las estrategias a nivel de conductas. También pudo observar que la reducción de la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario estaba más asociada con aspectos psicológicos como el miedo y la ansiedad y la insatisfacción con el propio aspecto mas que los síntomas de la enfermedad. (Font, 1994)

La respuesta al diagnóstico de cáncer de mama es muy distinta en cada mujer. En muchos casos antes de llegar a la clinica o al consultorio e informar el diagnóstico, muchas pacientes ya habrán imaginado cientos de veces un resultado afirmativo, una mastectomia mutilante, una muerte solitaria, dolorosa y sin dignidad. En algunos casos, la comunicación del diagnóstico es un alivio, dado que al menos desaparece una parte de la incertidumbre y la paciente puede comenzar a adaptarse a una nueva situación, la noticia también puede ser un verdadero shock, ya sea debido a que la paciente verdaderamente no pensaba que el nódulo pudiese ser cáncer o debido a una negación de las sospechas de la enfermedad asociadas con los síntomas.

Un artículo mencionado por Morris y col. citado por Cooper; en Inglaterra identificó esencialmente cinco categorías principales de respuestas al diagnóstico:

1. Negación, cuando las pacientes niegan el significado de las evidencias presentadas y se resisten a discutir abiertamente el tema.
2. Espiritu de lucha, cuando las pacientes muestran una actitud esperanzada y positiva, solicitan mayor cantidad de información.
3. Aceptación estoica, cuando las pacientes aceptan calladamente el diagnóstico y manifiestan una actitud de calma ante el porvenir.
4. Aceptación ansiosa/depresiva, cuando las pacientes reaccionan con un grado excesivo de ansiedad o depresión y son pesimistas ante los resultados, pero de todos modos siguen desempeñando sus actividades en la forma habitual.
5. Impotencia/desesperanza, cuando están absorbidas por el significado del diagnóstico que encaran el porvenir con un pesimismo extremo y padecen un grado considerable de discapacidad social. Estas pacientes son incapaces de verse a sí mismas de otra manera que muy enfermas o agonizantes.

## EL PROCESO DE DECISIÓN

Con el diagnóstico surgen las posibles terapéuticas, llega el momento de decisión por parte de los médicos, los planteamientos a la paciente ante los cuales surgen: esperanza, miedo, inseguridad, rechazo, abandono, aislamiento, crisis emocionales

En figura 1, se puede observar que el proceso de decisión esta basado en un proceso personal del individuo de tomar decisiones, las cuales tienen influencia de las características personales sobre la decisión profesional y del ambiente. La separaciones entre los componente profesionales y personales es sólo para fines de conocer como ambos se toman diferentes características para tomar la decisión. Por parte del personal de profesional se consideran la educación profesional, el ambiente, el escenario de tratamiento, el conocimiento profesional y los valores personales con respecto a las implicaciones del tratamiento.

En lo que se refiere al paciente su decisión va estar tamizada por el ambiente social, económico y no profesional en el que se encuentra, además de los antecedentes culturales y experiencias pasadas, aunado a estos sus características personalidad, sus valores residen en cuanto implicaciones medicas de los tratamientos, en cuanto al riesgo personal, además de conocimiento y percepción que tiene de su enfermedad.

En la figura 2. Se muestra la interacción que existe entre el paciente y el médico, de las cuales depende muchas de las conductas que emita el paciente, en este proceso de interacción se considera un filtro de información que esta justificado por las diferencias de lenguaje y vocabulario profesional entre paciente y médico.

Las decisiones van estar basadas en la información recibida. La información fluye, pero no es simétrica, por dos razones. Las fuentes de información disponibles para cada parte interesada, no son las mismas.

El profesional recibe información bien verbalmente del receptor, o en forma de mediciones directas en cuanto a estudios médicos, así como observaciones del estado físico del enfermo. El receptor recibe información de dos fuentes: la información del profesional y la información sobre su estado personal, esta basada en el contexto de su estructura personal y de su percepción.

## PROCESO DE DECISION

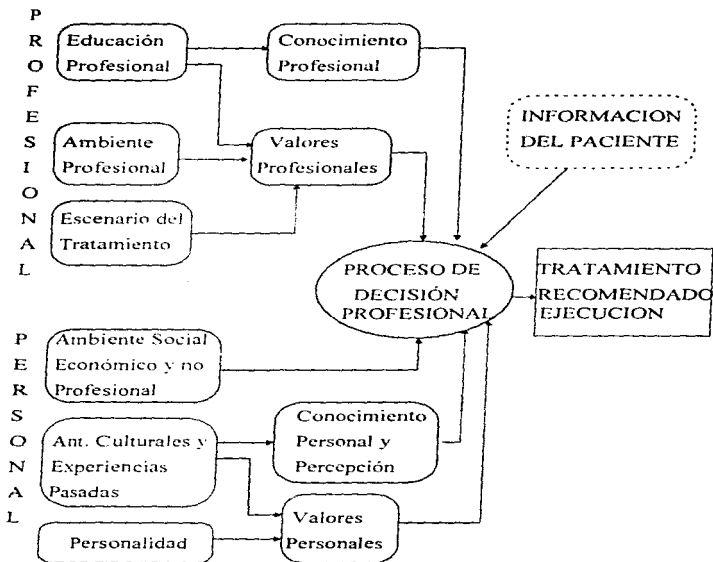


FIG. 1 Decisiones sobre el manejo de los pacientes y procesos de los suministradores de cuidados médicos. Tomado de Cooper, 1986.

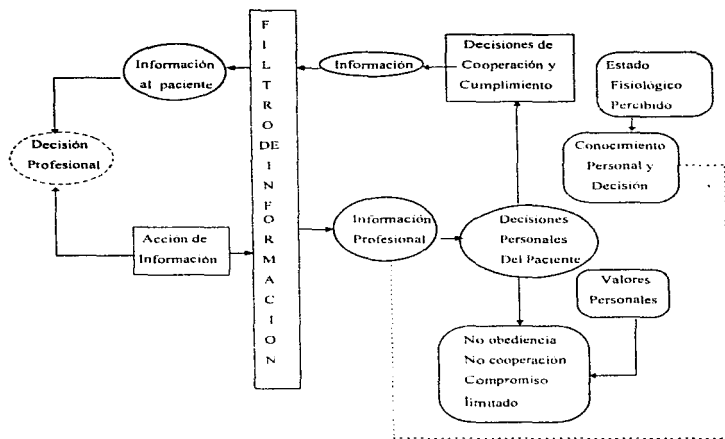


FIG. 2 Interacción de las Decisiones de los Pacientes con Cáncer y de los Cuidadores Médicos. Tomado de Cooper, 1986.

## Fase de tratamientos médicos del carcinoma mamario.

### ***Mastectomía***

Los planteamientos terapéuticos, desde la mastectomía radical, tumorectomía o cuadrantectomía suponen una agresión física muy importante para la mujer afectada de cáncer de mama, al mismo tiempo que un daño irreparable de su esquema corporal que repercute en su estado anímico y afectivo.

Este tipo de intervención quirúrgica suele ser percibido por la mujer como una experiencia traumática que puede conducir a un profundo proceso de represión psicológica de inhibición y, particularmente de represión sexual, además produce la sensación de deformidad física, asimetría corporal, lo que afecta negativamente en el autoconcepto y autoestima. Por lo tanto, la mujer mastectomizada tiene que añadir al trauma de cáncer, el hecho de verse amputada en una de las partes más significativas de su anatomía. La mama, como sabemos, es imprescindible en la autoimagen corporal, siendo fundamental en su vida social, de relación y de pareja, por todo ello, un número significativo de mujeres que han sufrido una cirugía de este tipo cambian en su comportamiento, presentan problemas en su vida afectiva, familiar, social, cambian los hábitos en el vestir. Resulta habitual que muchas mujeres no vuelvan a desnudarse ante su pareja, inclusive que se interrumpen sus relaciones sexuales, pueden surgir sentimientos de impotencia, inseguridad, celos.

En suma, las emociones que experimenta una mujer ante la pérdida de una mama pueden compararse a las que se producen ante la pérdida de un ser querido. Se trata de un auténtico duelo, por la función desaparecida sexual, estética, simbólica o reproductora, por las satisfacciones psíquicas que proporcionaban dichas funciones y por la pérdida de expectativas en el terreno sexual. (Espínosa, 1991).

Las mujeres con cáncer de mama en etapa clínica I y II tratadas con mastectomía radical o cirugía conservadora no muestran diferencias estos dos grupos en su evaluación de la adaptación psicológica, al parecer no importando el tipo de cirugía la mujer percibe este procedimiento como una gran agresión. (Holmberg, 1994).

Posterior a la cirugía empieza el enfrentamiento a la pérdida real que se puede intentar compensar con el uso de prótesis. La importancia de la prótesis radica no sólo en la sustitución física de la estructura perdida sino también ayuda a reconstruir el esquema corporal frente a sí misma y frente a los demás. Físicamente también les ayuda a compensar el peso de la mama y no presentar problemas en la columna y tensión muscular.

### ***Quimioterapia***

La quimioterapia la cual puede ser aplicada antes o después de la intervención quirúrgica produce una serie de efectos negativos que psicológica y físicamente, llegan a ser totalmente rechazados por la paciente. No nos referimos únicamente a los efectos tóxicos de los diversos fármacos aplicados muy conocidos por los pacientes por su temible malestar: náuseas, vómitos, diarreas que aparecen tras la administración de los medicamentos, sino también a los diversos efectos que atenta sobre la integridad de su esquema corporal como son por ejemplo: la caída del cabello, esterilidad.

Como es natural algunas mujeres llegan a encontrar estos efectos tan desagradables y aversivos que abandonan el tratamiento y manifiestan a su médico y/o enfermera "prefiero morir antes de continuar con este tratamiento". Aproximadamente, el 40% de las enfermas que inician este tipo de tratamiento comienzan a desarrollar una patología psíquica que son los vómitos y náuseas anticipatorias, junto a una insostenible ansiedad, con trastornos del sueño, tensión psíquica, inquietud psicomotora, nerviosismo, irritabilidad, depresión, este tipo de psicopatología aparece de forma contundente en el propio hospital, relacionada con olores, aparatos, enfermeras que administran el fármaco, etc. en otro tipo de pacientes hipersensibles, las reacciones psicológicas y cuadro clínico ansioso aparecen en su propio domicilio varios días antes de la administración del fármaco. El mecanismo obedece, simplemente, a un modelo de condicionamiento clásico (pavloviano) en el sentido de que estímulos inicialmente neutros (enfermera, bata, habitación, médico, gotero, olores, etc.) se asocian a las respuestas desagradables que produce el medicamento, primeras experiencias (náuseas, vómitos, sensación de mareos). (Florez, 1992). Algunos autores sugieren que las reacciones conductuales y psicofisiológicas aversivas anticipatorias son especialmente resistentes a los antieméticos disponibles. (Chang, 1981; Morrow y cols, 1982; Redd y cols, 1982). Esto justifica, la intervención psicoterapéutica, máxime cuando los tratamientos convencionales se han mostrado rigurosamente ineficaces. La psicoterapia es el tratamiento ideal para aquellas pacientes que son incapaces de sobrellevar las consecuencias de su mal (Bos, 1985).



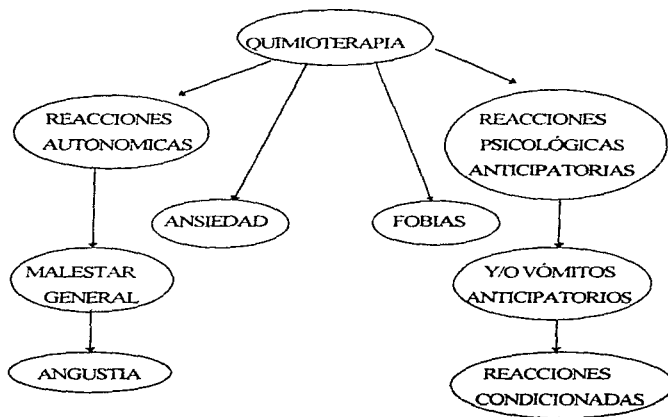
**MODELO DE CONDICIONAMIENTO  
CLÁSICO DE LOS VÓMITOS ANTICIPATORIOS**  
 (E.I.) ..... vómitos  
 (E.C.)..... vómitos

Asociaciones potentes en los  
diversos ciclos: E.I.-E.C.....E.I.-E.C.

E.I., Estimulo incondicionado (respuestas por el medicamento, náusea, vomito)

E.C. Estimulo condicionado (médico, enfermera, olores, habitación, aparatos, colores, etc.

**CONSECUENCIAS (EFECTOS COLATERALES ANTICIPATORIOS)  
DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS**



Los tratamientos con quimioterapia producen una larga lista de efectos secundarios realmente muy desagradables, los cuales pueden perturbar el proceso de recuperación y rehabilitación de la mujer mastectomizada, se han observado en estas pacientes sentimientos de desamparo, fracaso personal, desesperación, ira, etc.

### ***Radioterapia***

La radioterapia, está rodeada por el mayor misterio y fantasía puesto que no hay nada que ver, oír o sentir, que indique lo que está ocurriendo durante el tratamiento. En la mayoría de los casos, la radiación es dada en pequeñas dosis diarias durante un prolongado periodo de semanas.

El paciente y el plan de tratamiento son evaluados por el radio-oncólogo. La angustia psicológica más intensa, es por lo general experimentada al principio del curso de tratamiento, durante el mismo cuando se producen efectos secundarios o extensiones de la enfermedad, y al final del tratamiento cuando los resultados de la terapia son aún desconocidos.

### **Fase de recurrencia y su tratamiento**

El control en el que se encuentra la paciente con cáncer de mama es uno de los aspectos más importantes para detectar una recurrencia. El primer signo o síntoma que sugiere una recurrencia puede ser difícil de percibir conscientemente, o una vez percibido psicológicamente arduo para el paciente reconocerlo y hacer algo al respecto. La posibilidad de una recurrencia genera ideas acerca de imposibilidades físicas y psicológicas, ineficacia de o de los tratamientos anteriores. En esta fase el paciente y la familia pueden tener una serie de reacciones emocionales, surgen sentimientos de culpa y depresión., sin lugar a dudas en esta fase el paciente piensa que ya no hay nada que hacer y que puede morir en cualquier momento, en muchas ocasiones paciente y familia empiezan a buscar tratamientos alternativos, puede haber desconfianza ante los cuidados médicos que se han brindado. En el avance de la enfermedad es como iniciar nuevamente solo que en esta ocasión ya la paciente no tiene esperanzas o tiene muy pocas. El planteamiento del médico ante un nuevo esquema de tratamiento se debe plantear con todos sus alcances y limitaciones, siempre dejando una luz de esperanza pero sin crear falsas expectativas sobre el curso de la enfermedad. En muchas ocasiones la familia tiene más dificultades que el enfermo para aceptar de que el mismo no mejorará, sino que morirá como resultado de su enfermedad.

Por ejemplo, una recurrencia locorregional impacta en forma exacerbada al paciente y a la familia, no se puede negar que en este tipo de recurrencia la paciente se tiene que enfrentar al dolor, el mal olor, al sentirse rechazada y no estar cómoda en ningún lado, la calidad de vida de una paciente con este tipo de daño será muy mala, y en muchas ocasiones no se le puede ofrecer nada, debido a que el tumor no respondió a los esquemas de quimioterapia, la radiación ya no es factible porque ya rebaso los límites de exposición a radiación y la cirugía es imposible, a estas pacientes algunas veces se les mantiene un tiempo con hormonoterapia y medicamentos para controlar el dolor.

Gracias a los avances dentro de la oncología es posible pacientes con recurrencia puedan ser controladas y aun en esta fase tener cierta sobrevida, en condiciones buenas. En esta fase los pacientes están conscientes de la naturaleza irreversible y progresiva de su enfermedad se le haya o no discutido o explicado. (Schumale, 1978).

#### Fase paliativa terminal

Aquí el avance de la enfermedad es innegable, la enfermedad sigue su curso normal y llega a la etapa final, donde lo único que se tiene que hacer es dar el cuidado adecuado a la paciente para que no tenga molestias físicas y psicológicas y mantenerla lo más confortable que sea posible. Los tratamientos que se puedan ofrecer variaran según los sitios de invasión del cáncer, las metástasis pueden ser a pulmón, hueso, sistema nervioso central. La paciente recibe regularmente bien lo que se le pueda ofrecer, por ejemplo la radioterapia que les disminuye el dolor. Es necesario evitar en esta fase medidas heroicas y no confortables, manteniendo al paciente consciente de sí mismo y del medio ambiente que este lo desee. El médico tiene que plantear claramente el tipo de tratamiento y los beneficios que pueden lograrse, desde luego aseverar que la terapéutica esta sólo indicada para mejorar la calidad de vida del paciente y no con fines curativos.

Elizabeth Kubler-Ross ha descrito el proceso de muerte tipificándolo en la secuencia de cinco fases: negociación, cólera, negociación, depresión, y aceptación. La negación va acompañada del choque; el paciente puede negarse a creer que va a morir o que tiene una enfermedad fatal. La cólera se caracteriza por la proyección que el paciente hace de su frustración sobre la familia, los amigos, y los médicos.

**La depresión va desde los sentimientos de tristeza o intentos suicidas. Con la aceptación el paciente ya es capaz de afrontar su muerte inminente y a menudo pide que lo dejen sólo o en compañía de sus seres queridos. Sin embargo la secuencia hacia la muerte nunca es uniforme.**

## **CAPITULO III**

## **ADAPTACIÓN**

*"Poniéndose de acuerdo con la realidad de la enfermedad crónica, es un estado de ser descartando tanto las falsas esperanzas, cómo la desesperanza destructiva, reestructurando el ambiente en el cual uno de funcionar ahora. Y lo más importante, la adaptación demanda la reorganización y la aceptación de sí mismo, de modo que haya un significado y propósito para vivir que trascienda las limitaciones impuestas por la enfermedad."*

*Feldman, 1974.*

## **ADAPTACIÓN**

Cuando se empieza a plantear y querer definir adaptación, se puede lograr desde varias posturas teóricas, llámese desde la teoría evolucionista, biológica, etc. Pero todos los autores coinciden que hablar de adaptación es hablar de individuo y su medio ambiente, en ver la adaptación como un proceso que lleva al equilibrio.

Desde la Biología la adaptación implica a un organismo y su medio en constante cambio e interacción. El permanente cambio al que están sujetos, tanto el organismo como el medio da lugar a que la adaptación no sea concebida como un estado sino más bien como un conjunto de procesos de adaptación que regulan la integración entre ambos, así, el organismo alcanza el equilibrio.

Se ha definido la vida por la capacidad de adaptación, por esta razón, el ser adaptado implica ser un individuo capaz de sobrevivir. El ser mejor adaptado tiene mayor probabilidad de supervivencia en condiciones cuantiosas y diversas, la mala adaptación es sin lugar a dudas igual a muerte. (Darwin, 1986).

Para Piaget la inteligencia como la adaptación biológica insiste en la continuidad entre los procesos de adaptación biológicos y psicológicos, afirmando que los procesos de son los mismos desde los organismos inferiores hasta los superiores. (Kaplan, 1993).

Selye sugiere, que todos los organismos pasan a través de un "Síndrome General de Adaptación", que atraviesa tres estados:

Reacción de alarma, que está compuesto de fase de choque (la reacción inicial e inmediata a un agente nocivo) y una fase de contrachoque (una fase de movilización de las defensas, respuesta fisiológica).

Etapas de resistencia, la cual implica la adaptación al estímulo estresor, pero decrece la capacidad de uno a arreglárselas con estímulos subsecuentes.

Etapas de agotamiento, que sigue a un periodo de adaptación prolongado o grave de estrés.

En términos psicológicos hablar de una mala adaptación total es extremadamente raro.. el individuo mal adaptado psicológicamente hablando no hace más que "sobrevivir" sin vivir conforme a las normas humanas.

De un modo más general, aún para cada uno no hay en las condiciones de la existencia, el dilema de vivir o morir (excepto en el caso del suicidio), entre todo y nada. Nuestra adaptación nos sitúa simplemente en cierto nivel de equilibrio de actuación y de intercambio, de funcionamiento en diversas áreas de nuestra vida que va de lo mejor a lo peor, en la resignación, la desesperación, la perseverancia. La sensación de no adaptación no es la muerte sino un estatuto jerárquico en el grado de funcionamiento dentro de la escala psicológica, social o ambas a la vez.

Según Erikson la personalidad se va formando conforme el individuo atraviesa por ocho etapas en el transcurso de la vida. En cada nueva etapa hay que enfrentarse a un conflicto y resolverlo, existe una manera positiva y otra negativa para resolverlo. La resolución positiva conduce a interacciones saludables entre la persona, las demás personas y el medio.

La resolución negativa se traduce en una mala adaptación: desconfianza, vergüenza, sentimiento de culpa, sentimiento de inferioridad, confusión del papel que se desempeña, fijación de pensamiento en uno mismo y desesperación

En la buena adaptación concuerdan cinco cuestiones importantes: La persona bien adaptada:

- Tiene sentimientos positivos acerca de sí mismo, y se considera competente y con éxito en la vida.
- Muestra de autonomía e independencia.
- Es activa, laboriosa y enérgica en la consecución de sus intereses
- Se relaciona bien, armónicamente, con los demás.
- Se siente satisfecha de su vida, disfruta de ella y no la abruma los problemas.

La adaptación psicosocial (dentro de la psicología oncológica) abarca algo más que los procesos intrapsíquicos del individuo ya que incluye las interacciones del individuo con otros individuos y con las instituciones que representan su entorno social. Estas interacciones se desarrollan en el marco de unos patrones conductuales llamados "roles" los cuales se ven afectados por la enfermedad.

El rendimiento funcional del individuo en su rol de esposa, madre, profesionalista, etc., esta muy relacionado con las valoraciones de adaptación psicosocial las cuales forman la esencia del concepto de calidad de vida, este visto como la combinación de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que componen áreas específicas que pueden medirse a partir del funcionamiento como ser humano.



El término **psicosocial** va superpuesto al concepto de **calidad de vida**, por ejemplo, Font, elaboró una escala para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, este autor considera que es importante valorar la calidad de vida ya que permite:

- \* Conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- \* Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- \* Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- \* Evaluar mejor las terapias paliativas.
- \* Eliminar resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- \* Facilitar la rehabilitación del paciente oncológico.

La disminución de calidad de vida de mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario se puede relacionar más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Pacientes con estatus similar de salud pueden presentar importantes diferencias en cuanto a la disminución de la calidad de vida atribuida a la enfermedad (Font, 1994).

### **AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN**

Existen ciertos constructos que han relacionado con adaptación entre los que se encuentran, calidad de vida, locus de control, expectativas y afrontamiento. Este último lo tomamos en cuenta en este estudio, por lo que se explica más adelante. La conceptualización de los proceso de afrontamiento es un aspecto central de las teorías contemporáneas de tensión, el afrontamiento se deja ver como un factor estabilizador que puede ayudar a mantener la adaptación psicológica ante un gran estrés. (Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla. En general el afrontamiento se ha definido como los esfuerzos dirigido tanto a la acción para manejar, dominar, tolerar, reducir o minimizar intrapsíquicamente las demandas del medio ambiente y los conflictos entre ellas que abrumen o exceden los recursos de la persona. La adaptación puede estar directamente relacionada en como un individuo enfrenta las situaciones que le impone el ambiente, como enfrentan las personas la frustración, conflictos, tensiones psíquicas y emociones desagradables.

El término psicosocial va superpuesto al concepto de calidad de vida, por ejemplo, Font, elaboró una escala para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, este autor considera que es importante valorar la calidad de vida ya que permite:

- \* Conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- \* Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- \* Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- \* Evaluar mejor las terapias paliativas.
- \* Eliminar resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- \* Facilitar la rehabilitación del paciente oncológico.

La disminución de calidad de vida de mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario se puede relacionar más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Pacientes con estatus similar de salud pueden presentar importantes diferencias en cuanto a la disminución de la calidad de vida atribuida a la enfermedad (Font, 1994).

### **AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN**

Existen ciertos constructos que han relacionado con adaptación entre los que se encuentran: calidad de vida, locus de control, expectativas y afrontamiento. Este último lo tomamos en cuenta en este estudio, por lo que se explica más adelante.

La conceptualización de los procesos de afrontamiento es un aspecto central de las teorías contemporáneas de tensión, el afrontamiento se deja ver como un factor estabilizador que puede ayudar a mantener la adaptación psicológica ante un gran estrés. (Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla. En general el afrontamiento se ha definido como los esfuerzos dirigidos tanto a la acción para manejar, dominar, tolerar, reducir o minimizar intrapsíquicamente las demandas del medio ambiente y los conflictos entre ellas que abrumen o exceden los recursos de la persona. La adaptación puede estar directamente relacionada en como un individuo enfrenta las situaciones que le impone el ambiente, como enfrentan las personas la frustración, conflictos, tensiones psíquicas y emociones desagradables.

La frustración, los conflictos y otras tensiones psíquicas suscitan angustia, ira y otros estados. Algunas apenas se perturban ante determinada tensión psíquica o amenaza en cambio, otras serán presa del pánico, así aprenden a presentar muchas respuestas para evitar, soslayar o reducir sus tensiones, para controlar el factor ocasionante de las tensiones.

Estas respuestas se llaman conductas de manejo de la situación, forman un aspecto importante en la adaptación de las personas. las conductas de adaptación a las situaciones suelen complicar y agravar el problema inicial, en vez de mitigarlo.

Richard Lazarus, psicólogo de la Universidad de California, en Berkeley, ha estudiado la conducta de manejo de situaciones desde hace muchos años. piensa que dicha conducta sigue una pauta determinada. Según Lazarus, las personas valoran a cada momento sus interacciones con el medio. Algunos acontecimientos parecen benignos o positivos; otros, de difícil enfrentamiento o amenazantes. Cuando un acontecimiento se juzga difícil o amenazante, la persona lo valora con mayor detalle y se pregunta, por lo que debe hacer y de que recursos dispone para enfrentar ese acontecimiento. La situación se evalúa continuamente al aparecer nueva información. El hecho de que una persona se sienta amenazada, la intensidad de la amenaza dependerá de cómo evalúe la persona su propia capacidad para disipar con éxito la amenaza, lo cual, a su vez dependerá de experiencias pasadas y de sus características de personalidad. Una vez evaluada la situación, la persona decide qué hacer. Las decisiones pueden ser deliberadas o automáticas y quizá inconscientes. En general las personas se enfrentan a situaciones conflictivas mediante la acción, con mecanismos cognoscitivos o mediante una combinación de ambas respuestas.

Las acciones emprendidas para enfrentarse a las amenazas se presenta en una gama que va desde la conducta ordenada, que se planeó con cuidado para resolver constructivamente un problema, hasta la conducta relativamente desorganizada, que tiende ante todo a la autoprotección.

Conducta encaminada a resolver el problema. Algunas personas consideran los conflictos, frustraciones y otras amenazas como simples problemas a resolver. Valoran la situación y eligen los medios apropiados para controlarla. De ordinario se preparan directamente para reforzar sus recursos y reducir el daño potencial.

La agresión. A veces las frustraciones, los conflictos y otras amenazas suscitan ira y ataque, aunque estas conductas no puedan de ninguna manera eliminar la fuente del problema. Cuando la fuente de la frustración es vaga, difícil de señalar, potente o peligrosa, la persona suele desplazar su agresividad o convertirla en agresión contra los blancos disponibles. Encontrar un chivo expiatorio, culpar a víctimas inocentes de los problemas y hacerlos objetos de agresión.

Regresión. A veces las personas se enfrentan a las amenazas volviendo a conductas de inmadurez que fueron características de su infancia o adolescencia. La conducta regresiva, permite que la persona escape de cierta situación y regrese a pasadas circunstancias de amor y seguridad. También es posible explicar este fenómeno como una forma inmadura de atacar un problema, o como un intento deliberado de llamar la atención.

La huida. Cuando la persona se siente abrumada por la frustración, el conflicto u otras amenazas, a veces intenta huir de la situación. La dependencia de drogas como el alcohol, la heroína, los barbitúricos y las anfetaminas es otra huida parcial común en nuestra sociedad.

Manejo de los conflictos mediante cogniciones.

Represión Se define como excluir de la conciencia las motivaciones, ideas, conflictos, pensamientos o recuerdos que causen angustia.

Negación de la realidad Cuando las persona niegan la realidad, intentan protegerse de una experiencia desagradable pasándola por alto o negándose a reconocer su existencia.

La fantasías La persona satisface sus necesidades o alcanza metas con la imaginación para escapar de las realidades desagradables, que originan la angustia o frustración.

La racionalización Implica el empleo de dos estrategias cognoscitivas relacionada entre sí, mediante una de ellas, las personas recurren a razones socialmente aceptables de su conducta pasada, presente o deseada en el futuro, para ocultarse a sí misma sus motivaciones reales. Gracias a la segunda las personas pretender que una mala situación es buena o que una buena situación es mala.

Formación reactiva. Cuando las personas se ocultan a sí mismas una motivación o una emoción reales y expresan las motivaciones o emociones opuestas mediante ciertas actitudes y conductas, recurren a la formación reactiva. Probablemente lo hacen para evitar la angustia relacionada con la motivación o la emoción real.

Proyección. A veces las personas notan de inmediato y exageran las características personales de los demás, sobre todo las que no son de su grado, pero no se dan cuenta de sus propios defectos.

Las habilidades de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas que le presentan al sujeto o las situaciones que le causan estrés o ansiedad. Estas habilidades pueden usarse de manera individual, consecutivamente o en diferentes combinaciones.

### CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL MÉTODO DE AFRONTAMIENTO

Moos (1986) señalan tres formas básicas de afrontamiento de acuerdo con el método, a saber: cognoscitivo activo, conductual activo y evitativo.

**Cognoscitivo Activo.** Este tipo de afrontamiento se refiere básicamente a los intentos activos para resolver los eventos estresantes de una manera cognoscitiva, intrapsíquica o un redefinición de las demandas para lograr hacerlas más manejables. Se centra en el análisis o valoración de las demandas o amenazas percibidas o provocadas por una situación, para tratar de entenderlas o comprenderlas y darles un significado o modificárselo, logrando así manejar la tensión provocada por la situación. Incluye los intentos de manejar las valoraciones propias de los eventos estresantes tales como el análisis lógico, ver el lado positivo de la situación actual, buscar experiencias pasadas similares a la situación actual; así como identificar la causa de los problemas, poner atención en un aspecto de la situación de un momento y ensayar mentalmente acciones posibles y sus consecuencias.

La definición cognoscitiva también incluye estrategias mediante las cuales una persona acepta la realidad de la situación pero sólo la reestructura para encontrar algo más favorable. Tales estrategias involucran el recordarse a uno mismo que las cosas pueden ser peor, pensar que uno es afortunado con respecto a otras personas, crear situaciones hipotéticas que sean peores que las que están experimentando, concentrarse en pensamientos buenos que puedan desarrollarse para la situación, centrarse en los atributos personales que pueden tener alguna ventaja, considerar los valores y prioridades de la realidad del cambio, concentrarse en pensamientos buenos que puedan cambiar la realidad, considerar los aspectos beneficiosos del evento amenazante. Tales percepciones pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudar a promover la adaptación.

Este tipo de afrontamiento parece estar relacionado con menos síntomas emocionales, rasgos de ansiedad y se muestra una mejor relación marital en mujeres con problemas de esterilidad (Morales, 1996).

**Conductual Activo:** Esta forma de afrontamiento involucra directamente las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Es decir, se refiere a las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, tales como tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla, hablar con algún profesionalista sobre el problema, elaborar y seguir un plan de acción.

**Evitativo.** Este tipo de afrontamiento se refiere a los intentos para evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de un crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas. La evitación incluye estrategias como negar el miedo que se siente o la ansiedad que aparece bajo el estrés, intentar olvidar la situación, negarse a creer que la realidad del problema, hacer bromas como una fantasía optimista en vez de pensar en la realidad cursos personales de afrontamiento, pero no ayudan a resolver o entender la crisis sino a aplazar la resolución del conflicto.

#### **CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL FOCO DE AFRONTAMIENTO**

Según Moos (1986) y otros autores las habilidades pueden ser organizadas en dos grandes áreas de acuerdo a su foco: centrado en el problema y centrado en las emociones.

**Centrado en el problema:** busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias para intentar construir una situación mas satisfactoria.

Asi mismo, busca la modificación o eliminación de la fuente de estrés, manejar las consecuencias de un problema o activar cambios en la estructura del yo y resolver una situación en forma satisfactoria. Las estrategias enfocadas al problema pueden dirigirse al análisis lógico, a la búsqueda de información o a la solución del problema.

**Análisis lógico.** Esta categoría involucra intentos para manejar la situación problemática mediante un análisis objetivo de la situación. Tales respuestas de afrontamiento involucran tomar planes a corto plazo para manejar los resultados reales y considerar el ambiente que puede apoyar o limitar las metas a conseguir. Además este tipo de afrontamiento puede ayudar a la persona a manejar las emociones provocadas por una situación y a hacer una preparación mental para superar los problemas y pensar en los pasos que deben realizar.

**Buscar información a ayuda.** Esie tipo de habilidad abarca la búsqueda de información sobre el problema y sobre los tipos de acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados. Las respuestas en esta categoría involucran la búsqueda de más información sobre la situación, obtener dirección y guía de una autoridad o un profesionalista, hablar con el esposo u otras personas importantes, amigos, y pedir a alguien que le proporcione un adecuado tipo de ayuda. Muchas personas obtienen apoyo a través de la incorporación de grupos especiales (por ejemplo, la paciente con cáncer de mama que busca ayuda en el grupo RETO). Estos grupo pueden proveer un tipo de ayuda, tales como información sobre como han manejado ellas la enfermedad, las situaciones similares que han enfrentado. Esta ayuda puede ser valiosa fuente de aumento en la comprensión del problema y brindar una sensación de autoconfianza.

**Tomar acciones para solucionar el problema.** Involucra tomar acciones concretas para manejar directamente la crisis o sus consecuencias. Estas estrategia incluye hacer planes alternativos, tomar acciones específicas y concretas para manejar directamente la situación, aprender nuevas habilidades dirigidas al manejo del problema y negociar y comprometerse para lograr resolver las consecuencias del problema. Tales conductas pueden generar una sensación de competencia, autosuficiencia y autoestima cuando las personas toman estrategias de afrontamiento asertivas.

**Centrado en las emociones:** Se dirige a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo. Este tipo de afrontamiento incluye respuestas conductuales o cognoscitivas cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores. Este afrontamiento puede proveer recursos necesarios para manejar un problema; por ejemplo, expresar las emociones a través del llanto puede disminuir la tensión para poder llevar a cabo los caminos alternativos que permitan manejar un problema.

**Regulación afectiva.** Involucra el control de los efectos directos de las emociones provocadas por el problema mediante un aplazamiento consciente de los impulsos (supresión), experimentar y trabajar congnooscitivamente los propios sentimientos conflictivos, mantener un sentido de orgullo y mantener los sentimientos ocultos y tolerar la ambigüedad mediante la realización de acciones inmediatas. Esto ocurre cuando una persona reacciona ante un desastre o crisis tranquilamente, antes de presentar terror o consternación o cuando los individuos hablan de una situación con insensibilidad, desinterés y orgullo, guardándose los sentimientos.

**Descarga emocional.** Esta clase de respuesta incluye la expresión franca y abierta de las emociones provocadas por un evento, lo que permite la salida de los sentimientos de enojo y desesperación. Incluye las expresiones verbales para desahogarse, llorar, gritar en protesta a un pronóstico fatal o a la muerte súbita de una persona amada, comer demasiado e involucrarse en conductas impulsivas o de acting out, tales como actividades en actividades sexuales promiscuas u otras que expresen la inconformidad con las normas sociales, también conductas con alcoholismo, tabaquismo, tomar tranquilizantes y otros medicamentos.

El concepto de afrontamiento actualmente se toma como base para el desarrollo y organización de terapias y programas adicionales cuya meta es el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Así, el individuo puede de alguna manera predecir y controlar el entorno, puede autoconservarse, ya sea evitando, escapando o venciendo los agentes nocivos esto dependiendo de su capacidad de discriminar las situaciones nocivas para el y así lograr la supervivencia (Darwin, 1986).

Los estilos de afrontamiento utilizados por cada persona van a depender de varios aspectos como los recursos sociales, en cuanto a relaciones interpersonales, como un fuerte potencial de apoyo en momentos cruciales y estos pueden ser familia, amigos, compañeros de trabajo y asociaciones voluntarias también son importantes los recursos psicológicos generalmente de la personalidad que el individuo utiliza como resistencia ante las amenazas, esto se refiere a las actitudes que es sujeto tomo regularmente ante situaciones de peligro, que tan capaz o incapaz se siente para resolver problemas, que tanto siente que puede controlar la situación que esta experimentando, se puede considerar como recursos las creencias que le sirven para tener esperanza (Pearlin y School, 1978 citados por Cruz Escobar, 1995).

#### **Los ajustes cognoscitivos y afectivos de los pacientes de cáncer Adaptación al cáncer, autocognición y autosenntimiento**

Los modelos simples de resolución de la crisis, son insatisfactorios cuando se les aplica al cáncer.

dado que los enfermos de cáncer están sometidos a una serie de estrés grave durante un largo período de tiempo, es incorrecto hablar de cáncer como si fuese un acontecimiento único que plantea una crisis limitada en el tiempo, que requiere solamente una respuesta adaptativa inmediata.



Uno de los mayores problemas planteado por el cáncer consiste en que el paciente no puede saber durante años si el proceso está o no curado. Este problema lleva consigo además, no es un acontecimiento singular o una serie de acontecimientos bien marcado en el tiempo, sino más bien una condición continuada, no remitente, de incertidumbre sobre los acontecimientos futuros, potencialmente desastrosos, y pobremente previsible.

El tratamiento del cáncer lleva consigo daño físico irreparable, que puede imponer cambios en las pautas de actividad, hábitos de vida diaria, percepciones de uno mismo, etc. En tales circunstancias, un retorno al equilibrio original está simplemente excluido. En realidad, la mayoría de los pacientes con cáncer considera su enfermedad como una fuente de mayor discontinuidad en sus vida, y comunica cambios permanente en cómo se ven ellos a sí mismos, y a su futura existencia (Mages y Mendelsohn, 1979).

Parecería que tres asunciones básicas sirven de base al estudio de los efectos del cáncer sobre la vida de los pacientes.

El cáncer produce un proceso continuo que se despliega a lo largo del tiempo, y está caracterizado por numerosas etapas, cada una de las cuales produce numerosos problemas.

El impacto del cáncer, y las adaptaciones y estrategias para enfrentarse al problema, son, en gran medida, función de las contingencias de la vida previa del individuo y del estado presente de su vida. La *posición psicosocial* del paciente está realizada en la historia del mismo, y orientada hacia lo que él ve como futuro. A medida que la enfermedad y el tratamiento progresan, no solamente se imponen nuevas necesidades de adaptación, sino que el paciente también debe de afrontar la dificultad de abandonar aquellas que ahora están anticuadas (Mages y Mendelsohn, 1979).

Hilton (1973), y posteriormente Holland (1976), han descrito algunas exigencias únicas y forzadas que llevan consigo el papel de paciente de cáncer. Cuatro aspectos se presentan aquí como problemas particulares: La necesidad recurrente de modificar la realidad, la definición de tiempo, el manejo de la incertidumbre, en enfrentamiento al dolor.

### La construcción de la realidad.

Todos nosotros intentamos construir una realidad perdurable, en la cual funcionar. Cuando uno es designado como un paciente de cáncer, la "realidad" debe ser reestructurada, no simplemente una vez, sino repetidamente. Entre los elementos psicológicos que determinan la realidad, las necesidades básicas son quizás supremas, ambas tanto latentes como manifiestas.

Murray 1938, informó sobre necesidades como: la evitación del daño, la consciencia, la autonomía, los logros, el orden, y la inviolabilidad, todas las cuales pueden ser bloqueadas por el cáncer y su tratamiento, cada una de las cuales puede determinar la percepción, y, por tanto, la construcción de la realidad.

Otras determinantes en esta categoría son los mecanismos de adaptación y defensas, sobre las cuales un individuo aprende a confiar cuando se enfrenta con conflictos entre las demandas fisiológicas, psicológicas y socioculturales. La represión, la proyección, la formación de reacción, la evitación de situaciones y la transferencia, están entre los conceptos tradicionales generalmente considerados en este punto, cada uno de los cuales ha sido observado en los enfermos de cáncer, y empleado por el paciente en la búsqueda de la solución de su conflictos (Westbrook y Viney, 1982). Finalmente deben añadirse los aspectos más permanentes de personalidad, que suministran continuidad y le permiten a uno ordenar su propia vida, creencias, valores y actitudes. El cáncer puede poner a prueba seriamente a estas creencias sostenidas durante largo tiempo, y a los sentimientos cargados emocionalmente. Estos mecanismos de ordenación pueden llegar ser barreras insuperables al tratamiento del cáncer.

Los últimos factores que determinan la propia percepción, y de este modo la construcción de la realidad, son los sociológicos. Fundamentalmente entre estos, es la noción de cultura en sí. El cáncer puede producir alteraciones importantes en la percepción y en la construcción de la realidad por uno mismo, a causa de su impacto sobre otra determinante sociocultural: los papeles sociales de uno mismo. La enfermedad dicta claramente que uno esté hasta cierto punto en el papel de paciente y debido a la naturaleza del papel de reciprocidad es requerido el correspondiente papel, por parte de cuidadores; así, pues, deben aprenderse los nuevos papeles de relaciones. Cada uno de nosotros ocupa numerosos roles y el cáncer puede poner a estos papeles en conflictos, algunos de ellos abandonados y otros solapados, y algunos planteados cuando no se reciben las recompensas por el papel desempeñado

La realidad alterada se mide más fácilmente cuando el cáncer es visto en términos de la realidad creada por la clase social y alguna combinación de características tales como: educación, ocupación, ingresos, prestigio, influencia y el lugar de residencia.

Para los pertenecientes a una clase social, en que el seguro de la salud es casi universal, la experiencia previa con los especialistas médico en común, y el cuidado de la salud una rutina, las demandas de la terapéutica pueden ajustarse bien con la realidad existencial. Si, por el contrario, la atención sanitaria es considerada como un lujo, o incluso con recelo, y el enfermo vive al borde de la pobreza y está socialmente aislado, entonces, para lograr una terapéutica del cáncer, se requerirá una visión cuidadosa de la realidad del individuo.

Pueden hacerse argumentos similares en relación con la pertenencia a un grupo étnico, porque ello no sólo está asociado con una cultura, generalmente minoritaria y única, sino que está también correlacionado con una posición de clase social desventajosa, por ejemplo las modificaciones del concepto de uno mismo sobre las figuras de autoridad, que requiere el cáncer.

Finalmente, la percepción de la realidad puede ser influenciada por las costumbres ancestrales, y los hábitos que contribuyen a la cohesión del grupo y a los sentimientos de pertenencia. Con el cáncer, el pronóstico puede ser desconocido, las técnicas de tratamiento pueden ser experimentales, la enfermedad hace impactos sobre casi todas las facetas de la vida y además, es crónico en su naturaleza. Así pues, uno debe modificar la realidad repetidamente la propia imagen sobre la realidad, y a medida que la enfermedad progresa y que nuevos miembros son añadidos al equipo de tratamiento debe renunciar a roles anteriores, desistir de las metas, alterar las imágenes de su cuerpo, y revalorizar las estrategias usadas para resolver los problemas.

### **Tiempo**

Para el paciente con cáncer el tiempo se convierte en un concepto mucho más elusivo. Para el enfermo que recibe quimioterapia, el lapso de tiempo entre un tratamiento y el siguiente puede ser muy breve, mientras que el tiempo empleado en la terapia puede ser interminable.

Holland (1973) ha observado que a medida que la enfermedad progresa, algunos enfermos empiezan a hacer una acomodación tácita a la noción de terminada, caracterizada por metas a plazo corto, y menos planificación enfocada en los acontecimientos de día a día. "El tratamiento eficaz no es ya la recuperación total, sino la extensión de la supervivencia en el alivio..."

En algunas ocasiones, la variable del tiempo debe ser manipulada en interés de la motivación y del bienestar psicológico del paciente y su familia. Se debe enseñar a los pacientes a pensar en términos de cronicidad, de que el cáncer no es uniformemente fatal, ni agudo.

#### Incertidumbre.

Además de la necesidad de tener que crear repetidamente a la nueva realidad, a medida que progresa el cáncer y cambian los tratamientos, surgen los problemas de orientarse uno mismo cuando el tiempo se convierte en el concepto esquivo que sugieren las discusiones precedentes, las persona con cáncer también debe manejar la incertidumbre creada cuando uno tiene que enfrentarse con nuevas amenazas.

Cohn y Lazarus (1979), después de recopilar el trabajo de otros , produjeron la siguiente lista de amenazas que puede crear la enfermedad y a la que los individuos deben responder. Cada una de estas amenazas puede llegar a ser una fuente de incertidumbres.

- 1.- Amenazas a vida, miedo de morir.
- 2.- Amenazas a la integridad corporal, y bienestar (por la enfermedad, por los procedimientos diagnósticos o por los tratamientos médicos en sí).
  - a) Lesiones corporales, o incapacidad.
  - b) Cambios físicos permanente.
  - c) Dolor físico, molestias, y otros síntomas negativos de la enfermedad o del tratamiento, incapacitación.
3. Amenazas a los conceptos de sí mismo, y a los planes futuros.
  - a) Necesidad de alterar la imagen de sí mismo, o los sistemas de opinión.
  - b) Incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, y sobre el propio futuro.
  - c) Puesta en peligro de las metas de la vida, y valores
  - d) Pérdida de la autonomía y control
- 4.- Amenazas al equilibrio emocional de sí mismo, esto es, la necesidad de enfrentarse con sentimientos de cólera, y otras emociones, que se presentan como consecuencia de otros estrés descritos.

5.- Amenazas al cumplimiento de roles, y actividades sociales acostumbrados.

- a) Separación de la familia, amigos, y otros apoyos sociales.
- b) Pérdida de roles sociales importantes
- c) Necesidad de depender de otros

6.- Amenazas que implican la necesidad de adaptarse a un nuevo ambiente físico o social

- a) Adaptación al marco del hospital
- b) Problemas para comprender la terminología médica, y sus costumbres.
- c) Necesidad de tomar decisiones en situaciones estresantes y desconocidas

Strauss y Glaser (1975), al escribir sobre las enfermedades crónicas y la calidad de vida, señalan que la enfermedad puede causar múltiples problemas en la vida diaria. Estos problemas son particularmente significativos, porque ellos demandan soluciones, y la búsqueda de estas crea incertidumbres. Entre los problemas asociados con cualquier enfermedad crónica, incluido el cáncer, están: 1) Mantener un curso de la vida, engranado en la previsión y manejo de la crisis media; 2) control de los síntomas; 3) llevar a cabo un régimen de tratamiento.; 4) Adaptarse al aislamiento social; 5) adaptación a la trayectoria de la enfermedad; 6) intentar normalizar, tanto las interacciones de uno con los demás, como el propio estilo de vida, y 7) encontrar los recursos para pagar el tratamiento y sostener la casa.

Estos problemas son acentuados en lo que se refiere al cáncer, porque como Holland (1973) señala, el curso clínico del cáncer puede oscilar entre la cura completa a través de remisión de alguna duración, y una clara trayectoria descendente, hacia la muerte. Cada trayectoria conlleva incertidumbres únicas y desconocidas, que ponen en juego diferentes dinámicas psicosociales. En muchos aspectos la situación del paciente no es muy distinta a la del inmigrante a una cultura nueva y dramáticamente diferente.

### Dolor

El cáncer es un padecimiento único y particularmente atemorizante que provoca creencias negativas muy abrumadoras. La mayor causa del estrés en los pacientes con cáncer es atribuible a su estatus médico incierto, el miedo del deterioro físico y funcional, la amenaza de los tratamientos médicos anticancerosos agresivos, el miedo del deterioro físico y funcional, la amenaza de tratamientos médicos anticancerosos agresivos, el miedo a la intensificación del dolor y al final la muerte (Fishman & Loscalzo, 1987 citados por Domínguez 1996).

Entre las creencias básicas acerca del cáncer se encuentran:

- El cáncer es inevitablemente fatal. El estatus especial que se le atribuye al dolor de cáncer tiene mucho más que ver con su asociación a muerte.
- El cáncer es inevitablemente una condición extremadamente dolorosa. Para muchos pacientes, el cáncer es sinónimo de dolor. Por ejemplo, en una encuesta con 500 personas se encontró que 48% pensaban que el cáncer era extremadamente doloroso y 54% consideraban el dolor como una preocupación principal. (Levin, Cleeland y Dar, 1985 citado por Dominguez).

### **ADAPTACIÓN A LOS DEMÁS**

En el proceso de adaptación cognoscitiva al cáncer, la persona debe reordenar, necesariamente, sus relaciones con los demás. En cuanto a los roles que desempeña el paciente y que la enfermedad afecta. Twaddle 1979, señaló los siguientes tipos de relaciones:

#### Relaciones primarias

- a) Padres
- b) Cónyuge
- c) Hijos
- d) Otros parientes
- e) Amigos
- f) Colaboradores
- g) Vecinos

#### Relaciones secundarias

- a) Religiosas
- b) Comerciales
- c) Médicas
- Médico
- Enfermeras
- Técnicos
- Farmacéuticos
- Otros

De especial interés para el manejo del paciente (Holland, 1976; Bean y col., 1980; Lazarus, 1982), son las adaptaciones mutuas requeridas por parte del paciente con cáncer y del personal que le asiste, que son exigidas hasta cierto grado, a todos los que desempeñen el papel de paciente.

El "rol de enfermo", puede ser descrito como aquellas conductas definidas socialmente, que prescriben y proscriben las normas de conducta apropiadas para un miembro de un grupo que a causa de la enfermedad ha sustituido sus roles. El rol del paciente es variable, estando en función del diagnóstico, pronóstico y régimen terapéutico.

## **FACTORES RELACIONADOS CON ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA**

Las reacciones presentadas ante el diagnóstico y tratamiento para lograr la adaptación han sido identificadas por Rowland esta autora señala variables importantes que tienen influencia en el desarrollo de adaptación psicológica de los pacientes con cáncer.

- Las actitudes sociales y creencias culturales acerca del cáncer pueden afectar no sólo el trato del paciente y sus familias, sino también como los pacientes se ven a ellos mismos, a su enfermedad y el futuro.
- El contexto médico provee al paciente consideraciones cruciales, refiriéndose al estudio de la enfermedad, el inicio del tratamiento, el tipo de tratamiento que se va usar y en particular el sitio afectado
- El contexto psicológico en el que ocurre el cáncer.
- El estadio de desarrollo en el que esta la persona con respecto al ciclo personal relativo biológico personal, metas en la vida social y tareas cuando se desarrolla el cáncer.
- El estilo intrapersonal, que la persona tiene acerca de la enfermedad, como experiencias previas de cáncer, experiencia médica, personalidad, estilos de afrontamiento y defensas.
- Los recursos interpersonales esta con la familia, grupos de gente y estructura de apoyo social que constituye el medio ambiente de la persona.

El estatus del paciente con respecto a cada una de las condiciones mencionadas anteriormente son de gran influencia para lograr la adaptación psicológica, cada una de estas variables identifican el nacimiento de la resistencia o debilidad, así mismo estas consideraciones pueden ser utilizadas para proporcionar una óptima adaptación psicológica y funcionamiento psicosocial durante y después del tratamiento oncológico. (Rowland, 1989).

EL tipo de reacciones que presenta el individuo en respuesta a un estrés psicosocial identificable en este caso (el cáncer de mama su diagnóstico y tratamiento), puede resultar ser sólo una reacción normal, esto significa que puede lograr la adaptación. Sin embargo, cuando estas reacciones se dan en forma desorganizada puede afectar el estado físico de la mujer que puede complicar el tratamiento de la enfermedad, que va desde no cumplir los señalamientos médicos, hasta abandonar el tratamiento, en este caso la mala adaptación si sería la muerte.

Cuando la respuesta es mayor a lo que se esperaría ante el diagnóstico y tratamiento de cáncer, y su duración se incrementa podríamos hablar de trastornos adaptativos.

### **TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN**

Se definen como estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante (el cáncer), este puede afectar la integridad de la trama social de la persona o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales. Puede afectar sólo al individuo o también a grupo al que pertenece.

Las manifestaciones clínicas de este trastorno son muy variadas incluye: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una combinación de todas ellas). Sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

El trastorno adaptativo se expresa como una mala adaptación a situaciones estresantes graves o continuadas, en la existe interferencia con los mecanismos de adaptación normal y que llevan a un deterioro del rendimiento social. La aparición de este trastorno puede complicar el curso de una enfermedad en individuos con que tengan patología médica (en este caso las pacientes tienen diagnóstico de cáncer de mama), por ejemplo, incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital. DSM IV.



Este tipo de trastorno ha sido valorado en pacientes oncológicos en el Instituto Nacional de Cancerología, se entrevistaron a 124 pacientes con el objeto de determinar la prevalencia de síndromes orgánicos cerebrales, trastornos afectivos, trastornos de la ansiedad y reacciones de ajuste (adaptación). El 51% de estos pacientes recibieron uno de estos diagnósticos siendo el más frecuente el de reacción de ajuste, los pacientes que presentaban esta reacción estaban habian o estaban recibiendo varios tratamiento., los pacientes que no presentaban patología psiquiátrica se habían recibido radioterapia o ningún tratamiento oncológico. (Lara, Alvear, 1991).

Derogatis y cols., evaluaron a 250 paciente con cáncer con base a los criterios de DSM III, el 47% de estos pacientes se les diagnóstico un trastorno psiquiátrico. De estos el 68% correspondía a un trastorno de ajuste, seguido por trastorno depresivo mayor, síndromes orgánicos cerebrales , trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad. (Derogatis y cols, 1983).

## **CAPITULO IV**

## **METODOLOGIA**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Reconocer como es la adaptación psicosocial de mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario tomando en cuenta aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados con la enfermedad y tratamientos.

## **OBJETIVO**

Reconocer si algunas variables sociodemográficas (estado civil, edad, procedencia, escolaridad ocupación), evolución de la enfermedad, tipos de tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia), malestar psicológico y afrontamiento tienen carácter de riesgo relativo con respecto a la adaptación de la paciente con diagnóstico de carcinoma mamario.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Que característica tiene la adaptación psicosocial de la paciente con diagnóstico de carcinoma mamario ante los diferentes tratamientos que reciben o han recibido?

¿Conocer si existe un perfil de adaptación psicosocial característico en mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario?

¿Cuáles son las áreas de la adaptación psicosocial en mayor o menor grado afectadas por la enfermedad y tratamiento?

## **JUSTIFICACIÓN**

Las pacientes que cursan con diagnóstico de cáncer de mama presentan serios trastornos psicosociales que en muchas ocasiones progresan más con las medidas terapéuticas que se aplican.

Es importante evaluar la adaptación en términos psicosociales ya que abarca algo más que los procesos intrapsíquicos del individuo, ya que incluye las interacciones con otros individuos y con las instituciones que representa su entorno social., conocer el funcionamiento de estas pacientes a partir del desempeño de roles en diferentes áreas de su vida como son: conciencia y cuidado de su propia salud, ámbito profesional, ámbito doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares más allá de la familia nuclear, entorno social y malestar psicológico.

## **DISEÑO**

Se utilizó para esta investigación un estudio exploratorio de muestra no probabilística con elección intencional, prospectivo, transversal.

#### **POBLACION:**

Se trabajó con 80 mujeres del Servicio de Oncología del Hospital Central de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos con diagnóstico de carcinoma mamario, que acuden a la Consulta Externa. La población se capturo en el transcurso de tres meses a partir de la fecha de inicio de la investigación.

#### Criterios de Inclusión

- \* Pacientes de sexo femenino
- \* Con diagnóstico de carcinoma mamario
- \* Saber leer y escribir
- \* Tener como mínimo un mes de haber recibido el diagnóstico

#### Criterios de Exclusión

- \* Tener otras enfermedades crónicas que impidan el manejo oncológico.
- \* Tener trastorno psiquiátrico.

#### **DEFINICION DE VARIABLES**

#### ADAPTACION PSICOSOCIAL:

Definición conceptual: Conjunto de relaciones mediante las cuales un individuo modifica su estructura o su comportamiento para responder de una manera armónica a las condiciones que le plantea determinado ambientes. Modificación individual necesaria para la interacción con otros individuos

Definición Operacional: La adaptación psicosocial es un constructo multidimensional el cual esta estrechamente ligado con destacadas áreas del funcionamiento del ser humano como el aspecto doméstico en los roles de padre/madre, el ámbito profesional., relaciones sexuales, familiares, entorno social y aspectos psicológicos.

#### CANCER DE MAMA

Definición conceptual: Enfermedad neoplásica que se caracteriza por la presencia de células malignas en la glándula mamaria, las cuales pueden hacer metástasis y terminar con la vida del paciente.

**Definición operacional:** Neoplasia maligna que se origina en la glándula mamaria la cual tiende a destruir por progresión y dar invasión a distancia con preferencia a hueso, pulmón, hígado y sistema nervioso central, su tratamiento primario es la cirugía y cuando la enfermedad rebasa ciertas características clínicas se emplea quimioterapia o radioterapia las cuales pueden aplicarse antes o después de la cirugía y en ocasiones sólo en forma paliativa.

#### **TECNICAS Y PROCEDIMIENTO**

Se invito a participar a las pacientes en el estudio dándoles a conocer los objetivos del mismo, sólo se incluyeron las pacientes que reunieron los requisitos de inclusión y las que aceptaron participar mediante un consentimiento por escrito (Anexo 1). Una vez que aceptaron se procedió a la aplicación de los instrumentos, al final se les agradeció su participación.

- \* En primera instancia se aplicó una entrevista estructurada que aportaba los datos sociodemográficos de la paciente así como algunas características clínicas.
- \* Aplicación de la Escala de Adaptación Psicosocial ante la Enfermedad Física (PAIS-SR versión española).
- \* Aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg.
- \* Aplicación de la Escala de Afrontamiento de Moos
- \* Revisión de expedientes para la obtención de datos clínicos: estadio clínico de la enfermedad, evolución, tipo de tratamiento que recibe o ha recibido, inicio de la enfermedad.

Los instrumentos se aplicaron en una sesión que aproximadamente tuvo una duración de una hora en la Sala de Juntas del Servicio de Oncología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

#### **DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

- 1) Entrevista Estructurada: Esta se realizó con el propósito de obtener datos tales como nombre, estado, civil, escolaridad, ocupación, procedencia, edad, dirección, teléfono, algunas características clínicas como tiempo, reacciones ante el diagnóstico, no. de embarazos, abortos, no. de hijos, etc. (Anexo 2)
- 2) Escala de Adaptación Psicosocial ante la Enfermedad Física (PAIS-SR versión española).

Derogatis en 1977 elaboró la versión autoaplicada PAIS-SR. Esta versión comprende 46 reactivos y se refiere al periodo temporal de los últimos treinta días.

Muchas de la dimensiones de adaptación psicosocial, están estrechamente relacionadas con destacadas áreas de funcionamiento del ser humano como el aspecto profesional, el aspecto doméstico en los roles de padre, madre, el tiempo de libre, etc

Se comprende por lo tanto que un instrumento de medida en este campo debe abarcar áreas de funcionamiento independientes pero relacionadas entre sí. En 1990 Crespo Hervas trabaja con el PAIS-SR en su forma autoaplicada en su versión española, la cual se utilizó en esta investigación. (Anexo 3)  
PAIS-SR aborda 7 áreas que definen la adaptación psicosocial a la enfermedad somática, las cuales se describen a continuación.

### *I. Conciencia del cuidado de su propia salud*

Hace referencia a la actitud que toma el entrevistado ante el cuidado de su salud, y su postura será positiva o negativa en el afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento. Son valoradas las actitudes del paciente, ante la salud en general cómo percibe el trato de los profesionales, la calidad de la información que recibe acerca de su enfermedad y las expectativas acerca de su trastorno y de su tratamiento.

### *II. Ambito Profesional*

Se refiere a las repercusiones que tiene la enfermedad sobre el aspecto profesional del paciente, entendiendo por profesional lo relacionado con el trabajo, las labores domésticas o los estudios, según el caso.

Se trata de evaluar la realización de la actividad laboral, la satisfacción profesional, el tiempo que ha perdido a causa de la enfermedad, expectativas en el trabajo, objetivos y relaciones interpersonales en el medio laboral.

### *III Ambito Doméstico*

Esta área abarca las dificultades que a causa de la enfermedad han aparecido en el ambiente familiar centrado en el propio hogar y en cómo se ha adaptado la unidad familiar a las repercusiones de la enfermedad. Se evalúa la convivencia familiar, el impacto económico de la enfermedad, la comunicación familiar y los efectos de las discapacidades físicas del paciente.

### *IV Relaciones Sexuales*

Se intenta valorar la calidad del funcionamiento sexual desde que la enfermedad y sus secuelas han aparecido. Concretamente se valora el interés sexual, la actividad, la frecuencia y el nivel de satisfacción.

#### *V Relaciones familiares más allá de la familia nuclear*

Este apartado está dedicado a la medición de la alteración de deterioro de las relaciones familiares en un entorno más amplio que la familia nuclear. Se pueden observar consecuencias de la enfermedad en la comunicación, en el interés en contactar con los familiares, etc.

#### *VI Entorno Social*

Una parte muy importante de la adaptación engloba actividades sociales y tiempo de ocio. El grado en que estos aspectos se han visto afectados como consecuencia de la enfermedad, se evalúa dividiéndolo en categoría individual, familiar y social.

#### *VII Malestar Psicológico*

En este apartado se miden los pensamientos y sentimientos disfóricos asociados con la enfermedad o sus secuelas. Se evalúa ansiedad, hostilidad, depresión, autoestima, problemas de imagen corporal y sentimientos inapropiados de culpa.

#### Fiabilidad

La consistencia interna hace referencia a la similitud de las respuestas de los individuos a través de los ítems. El coeficiente alfa, que es el estadístico que refleja la unidimensionalidad de una escala, ha sido calculado para el PAIS-SR en tres grupos de pacientes: diálisis renal, cáncer de pulmón y cardíacos. Cuando un instrumento es diseñada para dilucidar juicios clínicos o estimaciones de observadores clínicos además de la consistencia interna, hay que medir la fiabilidad mediante el acuerdo entre los diferentes observadores, se realizó en dos grupos de pacientes: enfermos de Hodkin y cánceres de mama, resultando un aceptable acuerdo en la mayoría de los ítems y un gran acuerdo en muchos de los casos. En los cánceres de mama los entrevistadores: fueron una enfermera y un psicólogo clínico. En los casos de la enfermedad de Hodkin fueron médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

#### Validez

Concretamente los instrumentos multidimensionales, la confirmación de la hipotética multidimensionalidad, es un paso fundamental en la validación de constructo. Esto implica un análisis factorial de un número de respuestas significativas de los individuos que han realizado el test y una comparación de la estructura del factor empírico con una estructura lógica hipotetizada a priori. El grado de acuerdo entre las estructuras empírica y lógica, nos da la medida de acuerdo entre las dimensiones teóricas y las reales de la medición y por lo tanto la validez de constructo.

En el caso del PAIS se realizo mediante un análisis factorial de una cohorte de 120 pacientes con cáncer de pulmón, encontrando que cada uno de los factores media claramente los constructos hipotetizados.

PAIS-SR es un instrumento de medición muy usado en estudios de calidad de vida. Su aplicación y corrección es muy sencilla, su fiabilidad y valides son muy altas y abarca las mediciones de bienestar emocional, nivel de satisfacción con el tratamiento, planes de futuro, aspectos sexuales, rendimiento profesional, rendimiento físico y rendimiento social. (Crespo Hervas. 1992).

### 3) Cuestionario General de Salud de Goldberg (Anexo 4).

versión de 30 reactivos, este cuestionario se utilizó para evaluar malestar psicológico, este instrumento fue creado por Goldberg para la detección de trastornos no psicóticos, identificando a aquellos pacientes que presentan una alteración emocional. Por la forma en que esta construido permite valorar el estado mental actual, es decir, no valora atributos duraderos ni permite establecer un pronostico. (Medina, M., 1983). Es necesario calibrar el punto de corte para la utilización en diferentes poblaciones, por ejemplo en el INPer fue de 7/8. (Gómez, E., 1990). En México se han llevado a cabo diferentes estudios con la finalidad de probar su sensibilidad y especificidad, encontrándose que ambas oscilaron entre 72 y 78%, siendo eficaz para la detección en el 66% de las pacientes e informando una tasa de error semejante a la de otros países. De tal forma que ha probado ser un buen instrumento de tamiz para la detección primaria. (Medina, M. 1983, citado por Morales, C.F. 1996.

### 4) Escala de afrontamiento de Moos. (Anexo 5).

Esta escala se utilizó para conocer como afrontan las pacientes el diagnóstico de cáncer de mama, refiriéndonos al momento de conocer el diagnóstico. Esta escala brinda la oportunidad de conocer los intentos para resolver los eventos estresantes, tratar de manejar un problema y los efectos que conlleva. El afrontamiento puede ser cognoscitivo activo, conductual activo, o evitativo. (Billings y Moos., 1981)

**Cognoscitivo Activo..** Se centra en el análisis o valoración de las demandas o amenazas percibidas o provocadas por una situación , para tratar de entenderlas o comprenderlas y darles un significado o modificárselo, logrando así manejar la tensión provocada por la situación. La definición cognoscitiva también incluye estrategias mediante las cuales una persona acepta la realidad de la situación pero sólo la reestructura para encontrar algo más favorable.



**Conductual Activo:** Esta forma de afrontamiento involucra directamente las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Es decir, se refiere a las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, tales como tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla, hablar con algún profesionalista sobre el problema, elaborar y seguir un plan de acción.

**Evitativo.** Este tipo de afrontamiento se refiere a los intentos para evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de un crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas. La evitación incluye estrategias como negar el miedo que se siente o la ansiedad que aparece bajo el estrés, intentar olvidar la situación, negarse a creer que la realidad del problema, hacer bromas como una fantasía optimista en vez de pensar en la realidad cursos personales de afrontamiento, pero no ayudan a resolver o entender la crisis sino a aplazar la resolución del conflicto.

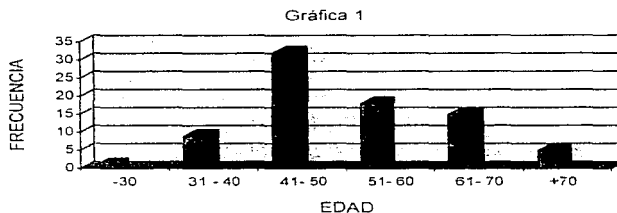
**CAPITULO V**

**RESULTADOS**

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Se trabajó con 80 pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, las cuales tuvieron las siguientes características.

En la gráfica 1, se muestra la edad con un promedio es de 52.33  $\pm$  11.05 años en un intervalo de 28 a 80 años.



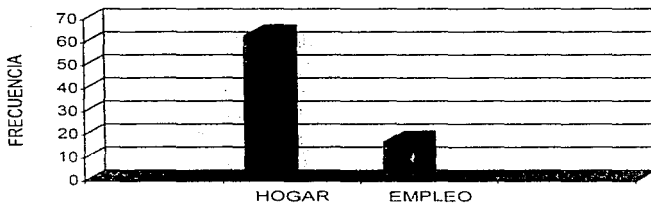
Con respecto a su estado civil, como se puede observar en la tabla 1, 56 pacientes lo que corresponde al 68.8% son casadas, 11 pacientes son solteras lo que corresponde al 13.8%, había 10 pacientes viudas que corresponde al 12.5% de la población, sólo 2 mujeres viven en unión libre al igual que divorciadas (2.5%).

TABLA 1

|             | CON PAREJA |       | SIN PAREJA  |    |       |
|-------------|------------|-------|-------------|----|-------|
|             | FRECUENCIA | %     | FRECUENCIA  | %  |       |
| CASADAS     | 56         | 68.8  | SOLTERAS    | 11 | 13.8  |
| UNIÓN LIBRE | 2          | 2.5   | VIUDAS      | 10 | 12.5  |
|             |            |       | DIVORCIADAS | 2  | 2.5   |
| TOTAL       | 57         | 71.21 |             | 23 | 28.70 |

La Gráfica 2 muestra la ocupación 63 pacientes se dedican a labores del hogar lo que representa el 68.8% de población, 17 pacientes lo que corresponde al 21.2% restante desempeña alguna actividad como ejercer alguna profesión, actividades del comercio, secretarías, principalmente.

Gráfica 2 OCUPACION

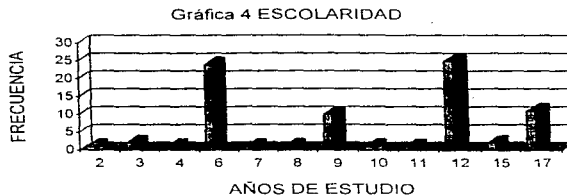


En la Gráfica 3 se puede observar la procedencia, la mayoría de las pacientes 70% provienen del interior de la república por lo general son remitidas de algún Hospital Regional de Pemex, solo 24 pacientes lo que equivale al 30% de la población asisten de esta Ciudad.

Gráfica 3 PROCEDENCIA



Gráfica 4. Escolaridad se obtuvo por el número de años de estudio, el promedio es de 9.98 años lo cual nos indica que estas mujeres tienen una escolaridad media, aunque cabe mencionar que la escolaridad más frecuente fue de 12 años de estudio.



Se tomaron en cuenta que tipo de antecedentes tenían las pacientes con el propósito conocer si alguno de estos tenía alguna relación con adaptación psicosocial, los antecedentes que se tomaron en cuenta se resumen en la Tabla II

TABLA II

| ANTECEDENTES               | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|------------|
| 1.- Enfermedades Nerviosas | 17         | 21.3       |
| 2.- Insomnio               | 20         | 25         |
| 3.- Colitis                | 26         | 32.5       |
| 4.- Neurodermatitis        | 6          | 7.5        |
| 5.- Úlcera                 | 6          | 7.5        |
| 6.- Depresión              | 20         | 25         |
| 7.- Dolores de Cabeza      | 22         | 27.5       |
| 8.- Alcoholismo            | 1          | 1.3        |
| 9.- Tabaquismo             | 6          | 7.5        |

Los antecedentes más frecuentes como se puede observar son Colitis 32.5%, Dolores de Cabeza constantes 27.5%, Insomnio 25%, Depresión 25% y Enfermedades Nerviosas con 21.3%.

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS



Gráfica 5

Con respecto a abortos 43 pacientes nunca han tenido un aborto, un aborto presentado por 17, dos abortos han tenido 10 mujeres, más de tres abortos 10 pacientes.

Gestas 16 mujeres nunca han estado embarazadas, 1 embarazo sólo una paciente, 2 gestas 11 pacientes, tres embarazos 17 pacientes, cuatro gestas 9 pacientes, cinco gestas 10 pacientes, más de seis gestas 16 mujeres.

Número de hijos 18 pacientes no tienen ningún hijo, un hijo cuatro pacientes, dos hijos diecinueve pacientes que es el más frecuente, tres hijos 15 pacientes, cuatro hijos 11 pacientes, cinco hijos 4 mujeres, más de seis hijos con una frecuencia de dos hijos.

### CARACTERÍSTICAS MEDICAS

En la TABLA III se muestran las reacciones que manifestaron presentar las pacientes ante el diagnóstico de su enfermedad, encontrándose los siguientes resultados.

TABLA III

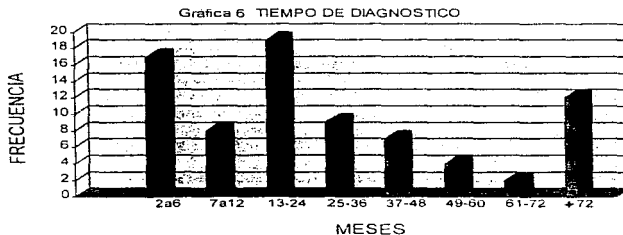
| REACCIONES ANTE EL DIAGNOSTICO |            |            |
|--------------------------------|------------|------------|
| REACCION                       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| MIEDO                          | 38         | 47.5       |
| INTRANQUILIDAD                 | 36         | 45.6       |
| DEPRESIÓN                      | 29         | 36         |
| DESPERACION                    | 23         | 28.8       |
| CONFUSIÓN                      | 15         | 18.8       |
| ENOJO                          | 12         | 15         |
| INCREDELIDAD                   | 11         | 13.8       |
| DESCONFIANZA                   | 6          | 7.5        |
| CULPA                          | 3          | 3.8        |
| DESEOS DE MORIR                | 2          | 2.5        |

A continuación se muestra la Tabla IV acerca de la Etapa Clínica de las pacientes y su porcentaje correspondiente, la etapa clínica I sólo representa el 6.3%, la etapa clínica II diez pacientes igual al 12.5%, siendo la etapa clínica más frecuente III representado por más de la mitad de las pacientes representando el 55% de la muestra total, En la etapa clínica IV se encuentran 11 pacientes que equivale al 13.8%, NC (No Clasificable se asigna cuando el paciente ha sido tratado con diversos tratamientos, en otra Institución y no se conoce cómo ha sido el curso de la enfermedad por lo cual se tratan como un estadio clínico avanzado), en este se encuentran 9 pacientes que equivale a un 11.3%.

TABLA IV

| ETAPA CLINICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| I             | 5          | 6.3        |
| II            | 10         | 12.5       |
| III           | 44         | 55         |
| IV            | 11         | 13.8       |
| NC            | 9          | 11.3       |

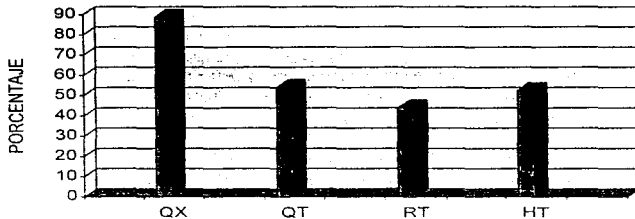
Gráfica 6. El tiempo transcurrido desde que la enferma recibió el diagnóstico hasta el momento de la investigación comprendía lapso de 2 a 192 meses con un promedio de 38.86 meses lo que equivale un poco más de tres años de tener este padecimiento.



En la Gráfica 7 podemos observar los Tratamientos que han recibido las pacientes, el tratamiento que predominó es la cirugía (QX) en sus diversas modalidades (mastectomía simple, radical, cuadrantectomía) a la cual se han enfrentado 71 de las 80 pacientes que equivale a un 88.8% de la población, El siguiente tratamiento más común es la Quimioterapia (QT) que representa el 67.5% esto es 54 pacientes han recibido en alguna ocasión tratamiento farmacológico para combatir su enfermedad, con respecto Radioterapia (RT) 44 mujeres han recibido este tratamiento lo que representa el 55%, tratamiento hormonal (HT) 42 pacientes que representa el 52.5% del total de población. Es pertinente mencionar que todos los tratamientos superan el 50% lo que nos indica que no solamente la paciente recibe un tratamiento en la mayoría de las veces se somete o llega a necesitar más que la cirugía para controlar su enfermedad.



Gráfica 7  
TRATAMIENTOS RECIBIDOS



En el momento de realizar el estudio se considero el tipo de tratamiento en el cual están las pacientes, que se resume en la Tabla V. Los tratamientos en los que se encontraban las paciente el más frecuente es Control (que se refiere al periodo libre de enfermedad en el cual las pacientes tiene que asistir al hospital para su revisión), en el cual se encuentran 33 pacientes que representan el 41.3% de la población., En segundo lugar se encuentran 25 pacientes en tratamiento hormonal, en radioterapia tenemos 15 pacientes que equivale al 18.8% . Por último en Quimioterapia se encuentran sólo 7 pacientes que representan el 8.8%.

TABLA V

| NO. DE PACIENTES | TRATAMIENTO    | PORCENTAJE |
|------------------|----------------|------------|
| 7                | Quimioterapia  | 8.8        |
| 15               | Radioterapia   | 18.8       |
| 25               | Hormonoterapia | 31.3       |
| 33               | Control        | 41.3       |

Otra característica que se tomó en cuenta es la relación médico-paciente que se evaluó con el la entrevista semiestructurada (anexo 2), se le preguntó a la paciente que calificación daría en una escala de 0 a 10 en cuanto a una serie de reactivos como. atención a sus preguntas, al aclarar sus dudas, escuchar, explicación del tratamiento, visita diaria, comprensión, confianza, atención del servicio en general de lo cual se hizo un promedio encontrando que la calificación más común que daban las pacientes es de 10, con un promedio de 9.3, lo que indica la percepción del Hospital y de la atención que brinda el Servicio de Oncología es muy buena.

Por último mencionare que las pacientes con las que se trabajó fueron enviadas por Oncología Médica 55%, Radioterapia 15%, Cirugía 12.5%

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### Escala de Adaptación Psicosocial Ante la Enfermedad Física. País-SR Versión Española

En primera instancia se realizó un análisis factorial de la Escala de Adaptación Psicosocial ante la Enfermedad Física (PAIS-SR versión española). El análisis se hizo a partir de componentes principales con rotación varimax, reducido a cinco factores, tomando como valores significativos las puntuaciones mayores de .4000.

TABLA VI FACTOR I ADAPTACIÓN FAMILIAR

| REACTIVO | VALOR  | AREA | PREGUNTA  |
|----------|--------|------|---|
| 16       | .49012 | III  | ¿Cómo valoraría las relaciones, como el resto de las personas con las que vive... ejemplo: niños, padres, tíos...?  |
| 18       | .49645 | III  | En aquellos aspectos de sus tareas domésticas en los que su enfermedad le ha causado más problemas ¿cómo se las ha arreglado la familia para ayudarle?  |
| 19       | .78836 | III  | ¿Ha significado la enfermedad una disminución de la comunicación entre usted y los miembros de su familia?  |
| 20       | .79718 | III  | Algunas personas con una enfermedad como la suya necesitan ayuda de otras (amigos, vecino, familia, etc...) para las tareas diarias. ¿Cree usted que necesita esa ayuda?. ¿hay alguien para dársela?                              |
| 23       | .57425 | IV   | A veces tener una enfermedad acarrea problemas en las relaciones ¿Le ha traído su enfermedad algún problema con su marido.(pareía si no está casada)?   |
| 31       | .51221 | V    | A veces cuando las personas están enfermas se ven obligadas a depender de miembros de la familia distintos a los que conviven habitualmente en casa. ¿Ha necesitado alguna ayuda de ellos, y le han dado la ayuda que necesitaba? |
| 32       | .80471 | V    | Algunas personas tiene buenas relaciones con los demás miembros de su familia fuera del círculo con los que normalmente conviven en casa, tenía usted mucha relación con su familia y su enfermedad ha reducido dicha relación?   |
| 33       | .78415 | V    | En general ¿Cómo se ha llevado con esos miembros de su familia recientemente?   |
| 36       | .71747 | VI   | ¿Está usted tan interesado en el tiempo libre con su familia (ejemplo: jugar a las cartas, viajar, ir a nadar etc.) como antes de su enfermedad?  |
| 43       | .61797 | VII  | Ultimamente ¿Se ha culpado a si mismo de las cosas, se ha sentido culpable o como si hubiera decepcionado a la gente?   |
| 45       | .57918 | VII  | Ultimamente ¿Se ha sentido hundida o menos valiosa como persona?  |

**TABLA VII FACTOR 2 MALESTAR PSICOLÓGICO Y SEXUALIDAD**

| REACTIVO | VALOR  | ÁREA | PREGUNTA   |
|----------|--------|------|--|
| 24       | .73393 | IV   | A veces, cuando las personas están enfermas cuentan que pierden interés por la actividad sexual. ¿Ha sentido menor interés sexual desde su enfermedad?   |
| 25       | .79814 | IV   | Las enfermedades a veces causan disminución de la actividad sexual. ¿Ha experimentado una disminución en la frecuencia de su actividad sexual?   |
| 26       | .78723 | IV   | ¿Ha habido algún cambio en el placer o satisfacción que normalmente usted experimenta con el sexo?   |
| 27       | .82781 | IV   | A veces una enfermedad puede interferir en la capacidad de una persona para tener relaciones sexuales incluso a pesar de estar todavía interesados en el sexo. ¿Le ha ocurrido a usted esto? Si es así ¿hasta qué grado? |
| 40       | .48060 | VII  | Ultimamente ¿Se ha sentido temeroso, tenso, nervioso o ansioso?  |
| 44       | .49271 | VII  | Ultimamente, ¿Se ha preocupado mucho por su enfermedad u otros asuntos?  |
| 46       | .60084 | VII  | Ultimamente ¿Se ha preocupado porque su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que le hagan menos atractiva?   |

**TABLA VIII FACTOR 3 CONVIVENCIA SOCIAL Y TIEMPO LIBRE**

| REACTIVO | VALOR  | ÁREA | PREGUNTA  |
|----------|--------|------|---|
| 12       | .54523 | II   | ¿Su trabajo es tan importante como lo era antes de su enfermedad?   |
| 34       | .50190 | VI   | ¿Mantiene usted el mismo interés por el tiempo libre y las aficiones que antes de su enfermedad?  |
| 35       | .80333 | VI   | ¿Qué nivel de participación tiene en esas actividades? ¿Está actualmente comprometido en hacer estas actividades?                           |
| 37       | .70112 | VI   | ¿Participa usted en esas actividades igual que lo hacía anteriormente?  |
| 38       | .58813 | VI   | ¿Ha mantenido el interés en actividades sociales desde su enfermedad (ejemplo: clubes sociales, grupos religiosos, ir al cine, fiestas...)? |
| 39       | .81150 | VI   | ¿Qué nivel de participación tiene? ¿Sale con sus amigos y realiza esas actividades todavía  |
| 41       | .50499 | VII  | Ultimamente ¿Se ha sentido triste, deprimido, con falta de interés por las cosas, o se ha sentido desesperanzado?                           |
| 42       | .50179 | VII  | Ultimamente ¿Se ha sentido enfadado, irritable, o ha tenido dificultades para controlar su carácter?  |

TABLA IX FACTOR 4 EL ROL DE ENFERMO

| REACTIVO | VALOR  | ÁREA | PREGUNTA  |
|----------|--------|------|---|
| 4        | .48837 | I    | Durante su enfermedad actual usted ha sido tratada tanto por médicos como por personal de salud ¿Qué piensa del tratamiento recibido por ellos?   |
| 5        | .50157 | I    | Las personas, cuando están enfermas siguen diferentes conductas sobre su enfermedad y tienen varias actitudes ante el hecho de estar enferma. ¿Podría escoger que afirmación de las siguientes describe mejor sus sentimientos?   |
| 6        | .55307 | I    | Estar enfermo puede ser una experiencia desconcertante y algunas pacientes piensan que no han recibido la suficiente información por parte de sus médicos y del personal de salud acerca de su enfermedad. Por favor, elija cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor sus impresiones sobre el tema. |
| 8        | .65184 | I    | En una enfermedad como la suya los pacientes reciben diferentes niveles de información sobre su tratamientos. Por favor elija cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la información que usted ha recibido sobre su tratamiento  |
| 9        | .73236 | II   | ¿Le ha dificultado la enfermedad para realizar su ocupación habitual (trabajo, actividades domésticas, estudios, etc.)?   |

TABLA X FACTOR 5 RELACIONES INTERPERSONALES

| REACTIVO | VALOR  | ÁREA | PREGUNTA  |
|----------|--------|------|---|
| 2        | .48205 | I    | Su enfermedad actual requiere probablemente una atención especial y cuidado por su parte. ¿Sería capaz de escoger cuál de las siguientes afirmaciones describiría mejor su actitud?   |
| 7        | .52933 | I    | Ante una enfermedad como la suya las personas tiene diferentes ideas sobre su tratamiento y lo que esperan de él. Por favor elija entre las siguientes afirmaciones la que mejor describa sus expectativas ante el tratamiento. |
| 14       | .61405 | II   | ¿Ha notado que hayan aumentado los problemas con sus compañeros de trabajo, estudiantes, vecinos... desde su enfermedad?  |
| 16       | .46060 | III  | ¿Como valoraría las relaciones, con el resto de las personas con las que vive, ejemplo: niños, padres, tíos?  |
| 28       | .54532 | V    | A veces una enfermedad puede interferir en la relación sexual normal de una pareja y provocar discusiones o problemas entre ellos. ¿Han tenido usted y su pareja alguna discusión como ésta? y si es así ¿Hasta que punto?      |
| 30       | .49274 | VI   | ¿Desde su enfermedad ha tenido el mismo interés en mantenerse junto a esos miembros de la familia?  |

Descripción del Primer factor de la Escala de Adaptación Psicosocial (PAIS-SR), cómo se puede observar en la Tabla VI a este factor se le dio el nombre de Adaptación Familiar, implica el área de Ámbito Doméstico (III), Relaciones Sexuales (IV), Relaciones familiares más allá del núcleo familiar, aunque pareciera que reúne varias áreas, si leemos los reactivos podemos darnos cuenta que todos ellos se refieren a familia., así, este factor evalúa aspectos de convivencia familiar, dificultades en el hogar, el cómo ha afectado su enfermedad su relación familiar, y el grado de comunicación y percepción de ayuda.

El Segundo Factor se muestra en la Tabla VII agrupo sólo dos áreas de Adaptación Psicosocial que son: Relaciones Sexuales (IV) y "Malestar Psicológico" por lo se le asignó el nombre de "Malestar Psicológico" y sexualidad, entre los reactivos que agrupan evalúan aspectos de cómo la enfermedad a afectado su relación sexual con su pareja en cuanto a interés, disminución, grado de satisfacción y sentimientos disfóricos como ansiedad, nerviosismo, temor y preocupación, además de las repercusiones que la enfermedad ha causado en su autoimagen.

El tercer factor mostrado en la tabla VIII reúne tres áreas principalmente entre las que se encuentran: Ámbito Social (VI) y "Malestar Psicológico" (VII) los reactivos que reúne evalúan el interés por las actividades sociales: nivel de participación, además algunos aspectos psicológicos como sentirse triste, deprimido, desesperado, enfadado e irritado.

El cuarto factor que se que se observa en la Tabla IX se le asignó el nombre de el rol del enfermo ya que el área que involucró principalmente es Conciencia y Cuidado de la Propia Salud (I), se evalúan actitudes de la percepción del trato de los profesionales que atienden su enfermedad, también el nivel de información proporcionada acerca de su enfermedad y tratamiento, dificultades le ha provocado su enfermedad en el desempeño de su ocupación habitual., se valoran las actitudes que toma la paciente hacia el hecho de estar enferma.

**En la Tabla X tenemos el último factor para la Escala de adaptación Psicosocial ante la enfermedad física, reúne las áreas Conciencia y Cuidado de la Propia Salud ( I ), Ámbito doméstico (II), Ámbito Profesional (III), Relaciones familiares más allá del Núcleo Familiar (V) y Ámbito Social, así se le dio el nombre de Relaciones Interpersonales, evalúa aspectos de relación con médicos, compañeros de trabajo, pareja y familia.**

### ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE MOOS

Con respecto a esta escala también se realizó un Análisis Factorial de componentes principales con rotación Varimax reducido a 3 factores, al igual que en la Escala de Adaptación Psicosocial ante la Enfermedad Física se tomo como valor significativo a partir de .4000.

En la Tabla XI se resumen los factores del análisis, con el número de reactivo, valor, ítem y tipo de afrontamiento que evalúa. La Escala de Afrontamiento de Moos no reunió un tipo específico de afrontamiento, por lo menos en los dos primeros factores reúne reactivos de afrontamiento cognoscitivo-activo, conductual-activo y evitativo, sin embargo en todos se muestra una tendencia a la solución de la problemática, los reactivos evitativos obtuvieron un puntaje negativo. En el factor dos si existe cierta tendencia a la resignación como prepararse para lo peor, además de demostrar sus sentimientos (descarga emocional).

El factor tres parece ser más específico reunió más reactivos de afrontamiento cognoscitivo-activo por lo cual se le dio este nombre, se puede observa los intentos de solucionar el problema a partir del análisis y tomar las cosas con calma.

Como se puede notar el análisis factorial de esta escala no brindo la oportunidad de ver claramente que es lo que evalúa cada factor por cual se realizó un análisis de reactivos de esta escala para darnos cuenta que tipo de afrontamiento es el que con más frecuencia utilizan las paciente con diagnóstico de carcinoma frente a su enfermedad.

Por lo anterior surgió la necesidad de observar la calidad de respuestas, así que se hizo un análisis de frecuencias de la escala de afrontamiento que muestra en la Tabla XII

Se puede decir en términos generales que la población con la que se trabajó tiene a utilizar un afrontamiento cognoscitivo y conductual principalmente, por lo regular utilizan ocasionalmente el afrontamiento evitativo.

Así analizan la situación, buscan ayuda, toman las cosas con calma, se dicen cosas que las ayuden a sentir mejor, tienen confianza en que todo se resolverá, tratan de verle el lado positivo a la situación.



TABLA XI

| FACTOR 1                     |         |  |                     |
|------------------------------|---------|--|---------------------|
| REACTIVO                     | VALOR   | REACTIVO   | AFRONTAMIENTO       |
| 1                            | .69345  | Trato de entender mejor la situación                                       | Cognoscitivo-Activo |
| 2                            | .60402  | Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar.                  | Conductual-Activo   |
| 7                            | .52193  | No se preocupo penso que todo se resolvería                                | Conductual Activo   |
| 8                            | -.56525 | Cuando se sintió triste o enojado se desquito con otra persona             | Evitativo           |
| 9                            | .53792  | Trato de verle el lado positivo a la situación.                            | Cognoscitivo Activo |
| 19                           | .54088  | Se dijo a si misma cosas que la ayudarán a sentirse mejor.                 | Conductual-Activo   |
| 21                           | -.56478 | Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo.                         | Cognoscitivo-Activo |
| 22                           | -.43362 | En general evitó estar cerca de la gente.                                  | Evitativo           |
| 24                           | -.47932 | Se negaba a creer que eso hubiera sucedido..                               | Evitativo           |
| FACTOR 2                     |         |  |                     |
| 4                            | .46239  | Habló con algún profesionista (médico, abogado o sacerdote).               | Conductual-Activo   |
| 6                            | .42183  | Se preparó para lo peor  | Evitativo           |
| 11                           | .53299  | Elaboró y siguió un plan de acción   | Conductual-Activo   |
| 12                           | .56733  | Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.               | Cognoscitivo-Activo |
| 13                           | .45037  | Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.            | Cognoscitivo-Activo |
| 14                           | .49992  | No demostró sus sentimientos.  | Evitativo           |
| FACTOR 3 COGNOSCITIVO-ACTIVO |         |  |                     |
| 15                           | .45039  | 15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo como se presentaron    | Cognoscitivo-Activo |
| 16                           | .64599  | 16. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.       | Cognoscitivo-Activo |
| 17                           | .42163  | 17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo            | Cognoscitivo-Activo |
| 18                           | .58943  | 18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación        | Cognoscitivo-Activo |
| 19                           | .42692  | 19. Se dijo a si misma cosas que la ayudarán a sentirse mejor.             | Conductual-Activo   |
| 20                           | .60619  | 20. Se alejó momentáneamente del problema..                                | Evitativo           |
| 23                           | .40918  | 23. Se prometió a si misma que las cosas serian diferentes la próxima vez. | Cognoscitivo-Activo |

TABLA XII

| ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE MOOS<br>(NO. 2) SI ALGUNAS VECES, 3) SI CON FREC. | NO<br>1 | SI<br>2 | SI<br>3 | A         |
|--|---------|---------|---------|-----------|
| 1. Traté de entender mejor la situación                                      | 7       | 13      | 60      | COG-A     |
| 2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar.                 | 1       | 16      | 63      | COND-A    |
| 3. Platicó con algún amigo sobre el problema                                 | 21      | 22      | 37      | COND-A    |
| 4. Habló con algún profesionista (médico, abogado o sacerdote).              | 17      | 14      | 49      | COND-A    |
| 5. Rezó para encontrar guía o fortaleza                                      | 4       | 8       | 68      | EVITATIVO |
| 6. Se preparó para lo peor   | 27      | 15      | 38      | EVITATIVO |
| 7. No se preocupó pienso que todo se resolvería                              | 13      | 23      | 44      |           |
| 8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona            | 70      | 8       | 2       | EVITATIVO |
| 9. Traté de verle el lado positivo a la situación.                           | 10      | 13      | 57      | COG-A     |
| 10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa.             | 7       | 22      | 41      | EVITATIVO |
| 11. Elaboré y siguío un plan de acción                                       | 26      | 10      | 44      | COND-A    |
| 12. Para manejar el problema tomé en cuenta varias alternativas.             | 32      | 21      | 27      | COG-A     |
| 13. Aproveché la experiencia de situaciones similares en el pasado.          | 38      | 15      | 29      | COG-A     |
| 14. No demostré sus sentimientos.  | 35      | 25      | 20      | EVITATIVO |
| 15. Tomé las cosas con calma una por una de acuerdo como se presentaron      | 6       | 28      | 46      | COG-A     |
| 16. Traté de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.         | 30      | 21      | 29      | COG-A     |
| 17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo              | 12      | 21      | 47      | COG-A     |
| 18. Traté de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación          | 37      | 17      | 26      | COG-A     |
| 19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudarán a sentirse mejor.               | 3       | 13      | 64      | COND-A    |
| 20. Se alejó momentáneamente del problema.                                   | 46      | 23      | 11      | EVITATIVO |
| 21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo.                       | 5       | 9       | 66      | COG-A     |
| 22. En general evitó estar cerca de la gente.                                | 63      | 10      | 7       | EVITATIVO |
| 23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez    | 28      | 16      | 36      | COG-A     |
| 24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.                              | 34      | 27      | 19      | EVITATIVO |
| 25. Lo aceptó, nada se podía hacer.  | 25      | 17      | 38      | EVITATIVO |
| 26. Demostró sus sentimientos de alguna manera.                              | 22      | 25      | 33      | COND-A    |
| 27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares.             | 51      | 9       | 20      | COND-A    |
| 28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación.              | 11      | 19      | 50      | COG-A     |

**CORRELACIÓN LINEAL**

TABLA XIII

| AREAS DE PAIS-SR                                      | FACTORES   |       |            |       |       |        | CGS   |       |       |
|---|------------|-------|------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
|   | DE PAIS-SR |       | ADAPTACION |       |       | AF.    | C3    | C4    | CGS   |
|   | 1          | 2     | 3          | 4     | 5     | 3      |       |       |       |
| I. Conciencia y cuidado del la propia salud           |            |       |            | .6583 | .4256 |        |       |       |       |
| II. Ambito Profesional                                |            |       |            | .5270 |       |        |       |       |       |
| III. Ambito Doméstico                                 | .6656      |       |            | .5332 |       |        |       | .4101 |       |
| IV. Relaciones Sexuales                               |            | .8829 |            |       |       |        | .5270 |       |       |
| V. Relaciones Familiares mas allá del Nucleo Familiar | .8141      |       |            |       |       |        |       |       |       |
| VI. Entorno Social                                    |            |       | .8459      |       |       |        | .4347 |       |       |
| VII. "Malestar Psicológico"                           | .5272      | .5892 |            |       |       |        | .5346 |       | .4684 |
| Adaptación Global                                     | .5227      | .5027 | .4419      | .4479 |       | -.4432 |       |       |       |
| Malestar $\phi$ de CGS                                |            | .5207 |            |       |       |        |       |       |       |
| Malestar $\phi$ de CGS                                | .4107      |       |            |       |       |        |       |       |       |
| Afrontamiento Cognoscitivo-Activo                     | -.4486     |       |            |       |       |        |       |       |       |

En la Tabla XIII se muestra la correlación entre las áreas de la Escala de Adaptación Psicosocial ante la Enfermedad Física (PAIS-SR versión española), con los factores obtenidos de esta, factor de afrontamiento de Moos, además de incluir el Cuestionario General de Salud de Goldberg en sus puntajes C3, C4 y CGS.

El factor de *Adaptación Familiar* (1) se asoció en primer lugar con el área de Relaciones Familiares más allá del Núcleo Familiar (V) con un puntaje de .8141 que indica una fuerte correlación, con *Ámbito Doméstico* (III) con un puntaje de .5272 que implica una buena correlación, también se asoció con el puntaje global de Adaptación Psicosocial con .5270 considerándose una buena correlación. Con respecto al Cuestionario General de Salud de Goldberg correlaciona con C4 con .4107, siendo una buena correlación. Por último, se asoció con el factor 3 "Afrontamiento Cognoscitivo-Activo", con un puntaje de -.4846 que indica una buena correlación sólo que es inversa, es decir, a una menor utilización del Afrontamiento Cognoscitivo-Activo, mayores problemas en la Adaptación Familiar.

El segundo factor de "*Malestar Psicológico y Sexualidad*" obtuvo un puntaje de .8829 con el área de Relaciones Sexuales (IV) de la Escala de Adaptación Psicosocial, además de tener una buena asociación con el área de "Malestar Psicológico" (VII) con un puntaje de .5892, con adaptación global correlación con un puntaje de .5227 con el Cuestionario General de Salud que evalúa también "Malestar Psicológico" (C3) con un puntaje de .5207 considerándose las anterior asociaciones buenas.

El factor de "*Convivencia Social y Tiempo Libre*", obtuvo una correlación fuerte con el área de *Ámbito Social* (VI) de PAIS-SR el puntaje que obtuvo es de .8459 además de tener una buena asociación con el puntaje global de Adaptación .4419.

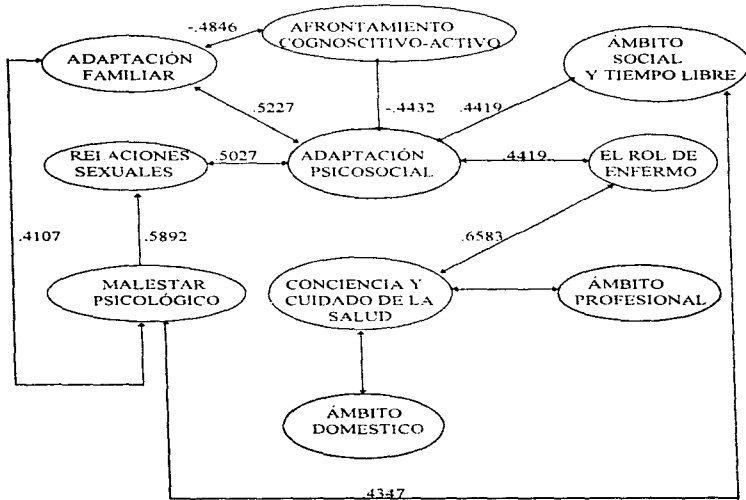
El cuarto factor "*El rol de Enfermo*", se relacionó en primer lugar con el área de Conciencia y Cuidado de la Propia Salud ( I ) con un puntaje de .6583 considerando que es una buena asociación, además con *Ámbito Profesional* (II) y *Ámbito Doméstico* (III) con un puntaje de .5227 respectivamente es importante mencionar que estas áreas se puede decir que son paralelas en el caso de la población con la que se realizó el estudio debido a que el trabajo principal de las mujeres es al Hogar. Por último existió correlación con Adaptación global con .4476 indicando una buena correlación.

El último factor de la Escala de Adaptación Psicosocial "*Relaciones Interpersonales*", obtuvo una buena correlación .4256 con el área de Conciencia y Cuidado de la Propia Salud ( 1 ) parecería que la relación más interpersonal que se considera aquí es la del equipo de Salud que esta atendiendo su enfermedad.

De los factores que se obtuvieron para la Escala de Afrontamiento de Moos correlacionó únicamente el factor 3 "Cognoscitivo-Activo", el cual correlacionó con Adaptación Familiar que ya se describió anteriormente y con la Adaptación Global con -.4432 que indica una buena asociación que a su vez implica que a menor utilización del afrontamiento cognoscitivo-activo mayores problemas de Adaptación.

Tratando de representar en forma esquemáticamente las relaciones entre los diferentes instrumentos se genera el siguiente esquema.

**ESQUEMA DE ASOCIACIONES ENTRE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL, CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (Malestar Psicológico) y AFRONTAMIENTO.**



## **ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE**

Con el propósito de conocer que variable pueden predecir el grado de adaptación psicosocial en cada una de las áreas que la conforman y Adaptación global se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple, (método Stepwise, criterio de .05) en el que se consideraron variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, procedencia, ocupación; antecedentes personales: enfermedades nerviosas, depresión, insomnio; antecedentes gineco-obstétricos como gestas, abortos, número. de hijos; reacciones ante el diagnóstico como: miedo, desesperación, incredulidad, depresión, intranquilidad; características clínicas (etapa clínica, tratamiento recibidos, tiempo de diagnóstico, tratamiento actual) y afrontamiento que se resumen en la tabla XIV.

Considerando como variable dependiente el área de Conciencia y Cuidado de la Propia Salud, entraron en la ecuación las variables "malestar psicológico" del Cuestionario General de Salud que aporta el 10.92% de varianza, Procedencia con 6.54%, Etapa Clínica 4.24%, en total estas variables explican el 21.70% del área 1., lo que indica que si existe malestar psicológico y la paciente es foránea, y tiene una etapa clínica avanzada se pueden presentar más problemas en esta área.

En cuanto al Ámbito Profesional las variables que explican esta área de la escala Adaptación psicosocial se encuentran, malestar psicológico puntaje C3 del Cuestionario General de Salud que aporta el 14.09%, lo que indica que a mayor "Malestar Psicológico" probablemente más repercusiones en la actividad profesional, haber recibido radioterapia esta variable se asocia con la etapa clínica, las pacientes que habían recibido este tratamiento se encuentran en etapas clínica III, IV o NC, algunas de estas pacientes reciben radioterapia paliativa por metástasis a hueso o sistema nervioso central principalmente, esta variable aporta el 11.38% de la varianza total. Una tercer variable que aporfo la regresión es el tratamiento actual (esta variable se caracterizo 2-Quimioterapia; 3-Radioterapia; 4-Hormonas; 5-Control), esta aporfo el 1.33% de la varianza su puntuación es negativa lo cual quiere decir que las pacientes que se encuentran en tratamiento activo tienen mayor problema en su adaptación profesional que las pacientes que se encuentran en control. La última variable que entro en ecuación es gestas que aporta un 3.46%, esta variable se relaciona directamente con la femineidad y con uno de los roles más importantes para una mujer.

Todas estas variable aportan un total de 30.27% de la varianza total al Ámbito Profesional.

Las variables que entraron en ecuación en el ámbito doméstico aportaron un total de varianza de 46.60%. Entre las variables se encuentran: Depresión como antecedente que aporta el 19.37% lo cual indica que las mujeres con tendencias a la depresión tienen mayor problemas en su ámbito *doméstico* ante el diagnóstico y tratamiento. El tipo de afrontamiento "cognoscitivo-activo" aporta el 11.14% a esta variable pero su relación es negativa así tenemos que a menor utilización de este tipo de afrontamiento mayores repercusiones en esta área. Del cuestionario General de Salud (C4), aporta el 5.57 que indica que el "Malestar Psicológico" esta directamente relacionado con el funcionamiento que las pacientes tienen en su hogar y en sus actividades domésticas . Otra variable que entra ecuación es Enfermedades Nerviosas como antecedentes que aporta el 6.0% de la varianza, esta variable al igual que los demás de los antecedentes se evaluó como presente 1, ausente 0, obtuvo un puntaje negativo al parecer aunque no existan antecedentes de enfermedades nerviosas existe un riesgo considerado, de afectarse el área de ámbito doméstico con la enfermedad y/o tratamientos. Por último la procedencia como se explico anteriormente la mayoría de las pacientes (70%) provienen del interior de la república, esta variable aportó el 4.5 % a la varianza, podría decirse que el hecho que las mujeres sean foráneas afecta directamente el ámbito doméstico, justificado por el cambio de contexto, regularmente las pacientes que acuden a tratamiento permanecen varios días en el D.F.

En cuanto al área de Relaciones Sexuales las variables aportan el 37.37% de varianza total, la variable que aportó más es "Malestar Psicológico" (C3) que aportó el 26.57 la relación que guarda esta variable es directamente proporcional a mayor "Malestar Psicológico" mayor problema en su vida sexual. La segunda variable es depresión como reacción ante el diagnóstico, así tenemos que las pacientes que presentan una reacción depresiva presentan más problemas en sus relaciones sexuales.

En el área de Relaciones Familiares más allá del Núcleo Familiar, las variables que podrían explicar el funcionamiento en esta área son: en primer lugar C4 "Malestar Psicológico" que aporta 11.43% del total de la varianza, si la paciente no se siente bien en su estado psicológico presentará problemas en su relación con familiares que no viven en casa.



El tener hijos también influye en esta variable podría decirse que las mujeres que tienen hijos no están interesadas en mantener relación más allá de la que establece en el hogar, al parecer para estas pacientes lo más importante es la familia nuclear. El afrontamiento “cognoscitivo-activo” con un puntaje negativo indica que menor utilización de este estilo de afrontamiento mayor problemas en las relaciones familiares más allá de la familia nuclear.

Las variables explican Entorno Social en un 21.51% , esta área la explican dos variables, que son: “Malestar Psicológico” (C3) del Cuestionario General de Salud que explica el 17.86 de la variable entorno social, esto implica que si existe “Malestar Psicológico” la paciente no tendrá interés en la convivencia social que habitualmente desempeñaba, el tipo de afrontamiento factor 3 “cognoscitivo-activo” explica sólo el 3.69% la relación que establece es negativa lo que indica que en cuanto más afectada el área de entorno social menos utilización de este tipo de afrontamiento.

El área de “Malestar Psicológico” se encuentra explicada por las siguientes variables en un 41.66%. El Cuestionario General de Salud de Goldberg C3 la explica en un 27.14%. Las reacciones de miedo y depresión ante el diagnóstico también explican esta área en un 7.40 y 3.16% respectivamente. Por último el factor 3 de afrontamiento “cognoscitivo-activo”, con puntaje negativo que indica una relación es inversa, es decir a menor utilización de este tipo de afrontamiento puede generarse mayor malestar psicológico.

TABLA XIV

| <b>V.D. ÁREA I Conciencia y Cuidado de la Propia Salud</b>            |           |                               |                 |          |
|---|-----------|-------------------------------|-----------------|----------|
| <b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>                                       | <b>B</b>  | <b>R =<br/>2<br/>ajustada</b> | <b>Signif F</b> | <b>%</b> |
| MALESTAR PSICOLÓGICO  | .1611     | .10927                        | .0025           | 10.92    |
| PROCEDENCIA   | 1.5504    | .17468                        | .0125           | 6.54     |
| ETAPA CLÍNICA   | .68067    | .21716                        | .0257           | 4.24     |
| TOTAL   |           |                               |                 | 21.70    |
| <b>V.D. ÁREA II Ambito Profesional</b>                                |           |                               |                 |          |
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C3)   | .292721   | .14097                        | .0002           | 14.01    |
| RADIOTERAPIA  | 1.42264   | .25481                        | .0199           | 11.38    |
| TRATAMIENTO ACTUAL  | -.756071  | .26810                        | .0611           | 1.33     |
| GESTAS  | .247935   | .30278                        | .0319           | 3.468    |
| TOTAL   |           |                               | .0000           | 30.278   |
| <b>V.D. ÁREA III Ambito Domestico</b>                                 |           |                               |                 |          |
| ANTECEDENTES DE DEPRESION.  | 3.534714  | .19375                        | .001            | 19.37    |
| A. COGNOSCITIVO-ACTIVO  | -.828602  | .30509                        | .007            | 11.14    |
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C4)   | .716857   | .37085                        | .0001           | 5.57     |
| ANTECEDENTES DE E. NERVIOSAS.   | -.2529685 | .43094                        | .0041           | 6.01     |
| PROCEDENCIA   | 1.781206  | .47691                        | .0074           | 4.507    |
| TOTAL   |           |                               | .0000           | 46.60    |
| <b>V.D. ÁREA IV Relaciones Sexuales</b>                               |           |                               |                 |          |
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C3)   | .555035   | .26574                        | .0000           | 26.57    |
| REACCION DE DEPRESION ANTE EL DIAGNOSTICO                             | 2.942201  | .37380                        | .0013           | 10.806   |
| TOTAL   |           |                               | .0000           | 37.370   |
| <b>V.D. ÁREA V Relaciones Familiares más alla del Núcleo Familiar</b> |           |                               |                 |          |
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C4)   | .352141   | .11430                        | .0032           | 11.430   |
| HIJOS   | .16613    | .16613                        | .0111           | 5.183    |
| A. COGNOSCITIVO-ACTIVO  | -.475356  | .21151                        | .0224           | 4.538    |
| TOTAL   |           |                               | .0000           | 21.14    |
| <b>V.D. ÁREA VI Entorno Social</b>                                    |           |                               |                 |          |
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C3)   | .328880   | .17857                        | .0004           | 17.86    |
| A. COGNOSCITIVO-ACTIVO  | -.3.659   | .21516                        | .0344           | 3.69     |
| TOTAL   |           |                               | .0000           | 21.51    |
| <b>V.D. ÁREA VII "Malestar Psicológico"</b>                           |           |                               |                 |          |
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C3)   | .340863   | .27146                        | .0000           | 27.14    |
| REACCION MIEDO  | 1.134804  | .34552                        | .0310           | 7.40     |
| REACCION DEPRESION  | 1.255789  | .38715                        | .0297           | 3.16     |
| A. COGNOSCITIVO-ACTIVO  | -.382157  | .41660                        | .0509           | 2.95     |
| TOTAL   |           |                               | .0000           | 41.66    |

VARIABLE DEPENDIENTE ADAPTACIÓN GLOBAL  
TABLA XV

| VARIABLES INDEPENDIENTES. 1     | B          | R =<br>ajustada | Signif F | %     |
|---------------------------------|------------|-----------------|----------|-------|
| MALESTAR PSICOLÓGICO (C3)       | 1.379217   | .27667          | .0002    | 27.67 |
| A. COGNOSCITIVO-ACTIVO          | -5.5184    | .37571          | .0000    | 9.51  |
| ANTECEDENTES. DEPRESIÓN         | 13.358292  | .41639          | .0002    | 4.07  |
| ANTECEDENTES. ENF. NERV         | -9.9227228 | .45569          | .0098    | 3.93  |
| ANTECEDENTES INSOMNIO           | 7.710830   | .48714          | .0129    | 3.15  |
| HABER RECIBIDO RADIODIATERAPIA. | 6.225232   | .51289          | .0160    | 2.58  |
| FACTOR 2 DE AFRONTAMIENTO       | 2.76       | .53843          | .0278    | 2.55  |
| TOTAL                           |            |                 | .0002    | 53.84 |

El nivel de adaptación psicosocial global ante el carcinoma mamario se muestra en la tabla XV. lo explican las siguientes variables en un 53.84% de lo cual, la variable que explica más la adaptación es el "Malestar Psicológico" C3 del Cuestionario General de Salud en un 27.67%, el cómo reaccionan las pacientes frente a su diagnóstico "afrentamiento cognoscitivo-activo" se relacionó con un puntaje negativo de -.4432, que indica una relación inversa a menos utilización de este tipo de afrontamiento, mayor problema en la adaptación global. De los antecedentes que se tomaron en cuenta cabe destacar que tres entran en la ecuación de esta variable que son depresión, enfermedades nerviosas e insomnio con una aportación de 4.07, 3.93, 3.15% de varianza total respectivamente., esto indica que cierta predisposición puede incrementar la posibilidad de verse afectada la adaptación psicosocial global de la mujer con diagnóstico de carcinoma mamario, sin embargo pacientes sin antecedentes de enfermedades nerviosas también pueden presentar problemas en su adaptación psicosocial. El haber recibido tratamiento de radioterapia explica el 2.58% esto puede estar relacionado con la etapa clínica debido a que la Institución atiende a pacientes que son remitidos de otras clínicas, regularmente las pacientes que han recibido este tratamiento, también tienen o han tenido tratamientos como: cirugía, quimioterapia e incluso hormonoterapia, algunas de estas pacientes su tratamiento es paliativo y o brindado en etapas clínicas avanzadas o no clasificables. Por último el factor dos de afrontamiento explica el 2.55% de la varianza total, es decir conductas como resignarse, y relacionar su situación con experiencias pasadas puede tener repercusiones en el nivel de adaptación global de estas mujeres.

### ***Análisis Cualitativo de la Escalada de Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama***

En el anexo 6 se muestra la escala, y el número de pacientes que contestan en cada reactivo. En este apartado se trata de observar en términos generales cuales son las respuestas que emiten las pacientes con base en esta se pueden identificar una aproximación a un perfil de Adaptación Psicosocial en cada una de las áreas y en la adaptación global de las pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario del Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos del Servicio de Oncología.

En el Área de Conciencia y Cuidado de la Salud

La actitud que presentan las pacientes frente a su enfermedad es la siguiente, refieren que se preocupan y prestan especial atención a su salud, consideran que los cuidados médicos no pueden ser mejores y los médicos que están a cargo de su cuidado hacen un magnifico trabajo, además los consideran capaces de dirigir adecuadamente el tratamiento, para las pacientes de la investigación los médicos son excelentes. Su actitud ante el hecho de estar enfermas la mayoría toma una actitud positiva están seguras que superaran la enfermedad, a pesar de que la enfermedad les ha causado problemas físicos y mentales mantienen un espíritu de lucha. Por último la información la consideran completa pero, manifiestan que les surgen dudas y que les gustaría saber más de su padecimiento.

Ámbito Profesional.

La ocupación desempeñada por estas pacientes es en general a actividades al hogar por lo cual se considera esta área paralela al ámbito doméstico. La enfermedad les ha causado problemas de poca importancia, la realización de su ocupación habitual varia desde realizarla muy bien hasta pobremente. Sus objetivos siguen siendo los mismo o de mayor importancia que antes de la enfermedad.

Ámbito Doméstico.

Su relación con su esposo la valoran buena, así como la relación con las personas con las que viven, en su relación familiar prácticamente no existen cambios, consideran que no necesitan ayuda de su familia, pero que si la llegaran a necesitar su familia le proporcionaría la ayuda necesaria. De alguna manera la enfermedad en algunas pacientes ha causa problemas económicos.

#### IV Relaciones Sexuales.

En esta área se redujo el número de pacientes que contestaron, cerca del 25% de la población no tienen pareja, las pacientes manifiestan no ha cambiado su relación sexual desde su enfermedad, sin embargo las respuestas posteriores de esta área indican que esta se ve afectada por la enfermedad así tenemos, que manifiestan que el interés por establecer relaciones sexuales varía desde el mismo interés hasta ningún interés sexual después de la enfermedad. Se presenta disminución de la actividad sexual, y de la satisfacción que regularmente experimentaban con el sexo, en aproximadamente un 15 % de las pacientes la actividad sexual definitivamente se ha interrumpido.

En suma existen cambios en la capacidad de relaciones sexuales, en el comportamiento sexual, y a pesar de esto estos temas no son motivo de discusión en la pareja.

#### V Relaciones familiares más allá de la Núcleo Familiar.

Se observo que esta área en general consideran que la relación familiar son las mismas desde su enfermedad, están interesadas por mantenerse junto a su familia y regularmente tienen buena relación con los miembros que integran su familia, esposo e hijos principalmente.

#### VI Entorno Social.

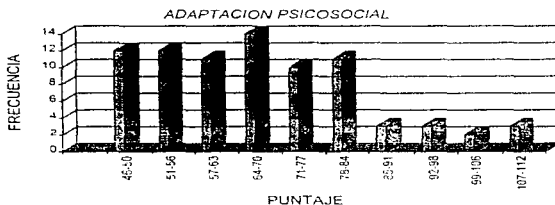
En esta área se observaron cambios, manifiestan tener igual interés por el tiempo libre que antes de su enfermedad pero su participación ha cambiado, desde tener poca a ninguna participación.

#### VII Malestar Psicológico

En esta área se observaron cambios en que general manifestaron sentir un poco de tensión, nerviosismo, ansiedad, tristeza, depresión, falta de interés, e irritabilidad. Manifiestan no sentir culpa, y estar preocupadas por su enfermedad y otros asuntos, el 25% de las pacientes manifiestan sentirse menos valiosas, al igual que perciben cambios en su apariencia que las hacen menos atractivas.

## ADAPTACIÓN GLOBAL

Se obtuvo un puntaje total resultado de la suma de las áreas anteriores, en el cual se observa la gráfica siguiente, las puntuaciones oscilaron de 40 a 120 con un media de 66, a menor puntaje mejor nivel de adaptación psicosocial, y mayor puntaje menor adaptación psicosocial.



El nivel de adaptación global que se observa alrededor de 24 pacientes obtienen una adaptación muy buena, es decir su funcionamiento es adecuado, 35 pacientes caen alrededor de la media teniendo una adaptación que les permite seguir funcionando en diversas áreas de su vida, 22 mujeres tienen un nivel de adaptación psicosocial que afectan su funcionamiento en diversas áreas. Es importante mencionar que el nivel de mala adaptación psicosocial no alcanza el nivel máximo que sería un puntaje de alrededor de 140, ya indicaría un mal funcionamiento de la mujer con diagnóstico de carcinoma mamario.

## **CAPITULO VI**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos muestran que las pacientes del Hospital Pemex, con diagnóstico de carcinoma mamario pueden llegar a presentar reacciones ante el diagnóstico como: miedo, intranquilidad y depresión principalmente, esto coincide con Florez (1994), quien señala que son respuestas hasta cierto punto esperadas o normales ante el diagnóstico de cáncer de mama, indica que generalmente la mujer se hunde en una depresión con una visión negativa de sí misma, del ambiente y de su futuro. Por otra parte Williams (1995) ha mencionado que la enfermedad causa principalmente miedo, ansiedad y depresión.

Ante la enfermedad y tratamiento se presentan reacciones emocionales que pueden incrementarse si existe predisposición o antecedentes de problemas psicológicos, sin embargo pacientes sin antecedentes de problemas psicológicos también pueden sufrir un verdadero shock ante la enfermedad y presentan diversas reacciones (Florez, 1994). En esta investigación se encontró que antecedentes como depresión, insomnio, están asociados con el "malestar psicológico que presenta la paciente.

Las pacientes con las que se trabajó, por lo general ante su enfermedad utilizan un afrontamiento cognoscitivo-activo y conductual, lo que les ayuda a enfrentar la enfermedad de una manera organizada, es decir, analizan la situación, toman una actitud activa, para la solución de su problema, esto se puede relacionar con un mejor funcionamiento en diversas áreas que conforman su vida. A este respecto Antoni Font (1994) encontró que las pacientes que toman una actitud positiva y piensan que pueden superar la enfermedad presentan un mejor calidad de vida, Greer citado por Cooper (1986), señala que una actitud de aceptación estoica o desesperanza ante la enfermedad puede producir más problemas emocionales después de la mastectomía que aquellas que muestran un espíritu de lucha. También se ha relacionado el afrontamiento cognoscitivo-activo, con menos síntomas emocionales y una mejor relación de pareja, descrito por Morales (1996).



La evaluación de las áreas de adaptación psicosocial que resultaron más afectadas son: "malestar psicológico", área social y sexual, esto puede estar justificado por ser la glándula mamaria la estructura afectada, la cual tiene representaciones simbólicas, en cuanto a femineidad, sexualidad y maternidad. Fallowfield (1995), señala que ante este padecimiento y diversos tratamientos médicos se pueden obtener respuestas similares en cuanto a respuesta y sobrevida ante la enfermedad pero efectos diferentes en cuanto a respuesta emocional de cada paciente, señalando que el potencial físico, psicológico y sexual se ve en gran medida afectado.

En los hallazgos importantes se encontró que el "malestar psicológico puede afectar el funcionamiento social y sexual, es decir si existen síntomas disfóricos como miedo, ansiedad, depresión dependiendo de su intensidad se verán afectadas las áreas antes mencionadas.

En el área social se observaron cambios en cuanto a participación de actividades que regularmente llevaban a cabo. En los aspectos sexuales se observaron cambios importantes en cuanto a interés, satisfacción y actividad, incluso se llega a interrumpir la actividad sexual en algunas pacientes. Espinosa (1991) indica a este respecto que se produce una separación física y emocional de la pareja, la mujer toma actitudes de manera que su esposo no se le acerque, su vida sexual puede llegar a ser excluida después de la cirugía de la glándula mamaria.

Las áreas que se encontraron menos afectadas por la enfermedad y tratamiento son:

El área de conciencia y cuidado de la propia salud donde existe una percepción idónea del contexto médico, en cuanto a comunicación, tratamientos, e información, satisfacción con el trato del personal de salud y confianza.

Los ámbitos profesional y doméstico se consideran paralelos en nuestra investigación por el tipo de ocupación que tienen en su gran mayoría las pacientes estudiadas que es al hogar. Las mujeres expresan que en estas han surgido problemas pero que pueden solucionarlos ya sea por ellas mismas o por la ayuda que les brinda su familia, perciben a esta como proveedora y con plena disposición para ayudarles en cualquier momento.

El grado de percepción de apoyo familiar puede determinar muchas de sus conductas, lo que va a dar las bases para seguir luchando por su vida, si no tiene esa percepción puede tomar actitudes de desesperanza.

Las variables que resultan predictoras de adaptación psicosocial en esta investigación que podrían considerarse para planear un modelo de intervención psicosocial a la enfermedad, son:

El "malestar psicológico" que presenta la paciente que puede iniciar ante la enfermedad y tratamiento o que puede ya existir e incrementarse con el padecimiento

El afrontamiento cognoscitivo activo que al parecer se relaciona con un mejor funcionamiento de áreas de la vida de la paciente como: familia, entorno social y relación sexual

La procedencia foránea es una variable importante que se puede considerar, además de las pérdidas propias que produce la enfermedad y tratamientos, se suman pérdidas importantes de personas, afectos, situaciones, redes familiares y sociales además la tensión para adaptarse económica, cultural y socialmente al nuevo contexto.

Holland citada por Cooper (1986), considera que la paciente tiene que ir incorporando en cada etapa de la enfermedad una realidad en la que se encuentra, tanto en aspectos institucionales, como personales aquí incluye a la familia, las redes sociales, grupos de amigos, compañeros de trabajo, de estudio, etc. considera que las relaciones interpersonales pueden apoyar en gran medida a la paciente e incluso a la familia, para ello es necesario tomar en cuenta costumbres, creencias culturales, nivel económico, cultural y educacional para el planteamiento de la terapéutica médica y psicológica.

Rowland señala que las variables más importantes para lograr la adaptación psicológica de los pacientes con cáncer son: las actitudes sociales, creencias culturales, el trato del paciente, el contexto médico, tipo de tratamiento, sitio afectado, contexto psicológico, estilo intrapersonal acerca de la enfermedad como experiencia previas al cáncer, personalidad y estilos de afrontamiento, defensas, interpersonales apoyo familiar y social.

**El nivel de adaptación psicosocial que se encontró en la población indica que la mayoría de las pacientes caen en un nivel de adaptación medio, es decir que presentan problemas en algunas áreas pero que de alguna manera les permite seguir funcionando, en el desempeño de sus actividades en su vida cotidiana.**

**Las variables clínicas más importantes son:**

**La etapa clínica en la que se encuentra la pacientes, ante una etapa clínica más avanzada los tratamientos médicos son más severos, el hospital en el que se realizó la investigación es una institución de tercer nivel por lo cual se atienden pacientes en etapas clínicas avanzadas y ante las cuales se ofrecen tratamientos de rescate, que pueden ser consecutivos o simultáneos como en ocasiones quimioterapia y radioterapia.**

**El tratamiento actual es otra variable que resultó ser significativa como se señaló existen varios tipos de tratamientos médicos, estos, se muestra en la tabla XIV (página 89), y podemos observar que cuando están las pacientes en tratamiento activo tienen mayores problemas de adaptación que las pacientes que se encuentran en control, Florez señala que existen diversas reacciones ante los tratamientos desde cirugía, y quimioterapia en cuanto a repercusiones físicas y psicológicas**

**El haber recibido tratamiento de radioterapia se relaciono directamente con el nivel de adaptación psicosocial, este tratamiento se había brindado a pacientes en etapas clínicas avanzadas o con fines paliativos. Kübler-Ross señala que ante la aproximación de la muerte el paciente sufre de diversas reacciones emocionales como son ira, depresión, negociación, resignación, miedo, ansiedad y que estas nunca se dan de forma uniforme, estas reacciones también afectan el funcionamiento de la paciente con cáncer, por un lado vemos el avance de la enfermedad y los síntomas físicos como dolor, aunados a los aspectos emocionales centrales a la muerte.**

**Vinokur 1989 señala que la edad es un factor muy importante, que las mujeres de menor edad presentan mayores problemas emocionales y las mujeres de mayor edad más problemas físicos, por las características nuestra población esta variable no resultó significativa.**

En suma la Adaptación Psicosocial es un constructo que nos permite valorar cómo ha afectado la enfermedad y/o tratamiento el funcionamiento de la mujer en diversas áreas de su vida, la escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física PAIS-SR, es un instrumento de fácil y rápida aplicación, lo que nos permite hacer una valoración sin cansar a la paciente y nos puede brindar un panorama amplio de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales causadas por la enfermedad.

Dentro del rubro de adaptación psicosocial que presentan las pacientes se puede observar que no alcanzan a ser niveles muy altos de mala adaptación global, lo que puede estar sustentado por la percepción de cuidados médicos, de apoyo familiar en cuanto al ámbito profesional-doméstico, y la actitud con la que afrontan la enfermedad

Las áreas que se encuentran más afectadas por la enfermedad son el malestar psicológico que se genera o incrementa con la aparición de la enfermedad, el área sexual que está directamente relacionada con la glándula mamaria y todos los significados simbólicos, culturales y funcionales, y el área social en la cual existen cambios, pues la paciente tiene el mismo interés en las actividades sociales, pero dejan de realizarlas.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Una de las limitaciones principales a pesar de que la muestra es amplia y representa una cuarta parte de la población anual que se atiende con esta patología, no se logró equilibrar esta en algunos aspectos como edad, tratamiento actual, procedencia, etapa clínica.

Falta tomar en cuenta la historia personal de cada paciente en cuanto a experiencias previas con cáncer, personalidad, como afronta regularmente las situaciones estresantes, defensas, en si una anamnesis completa de la paciente.

Considerar variables como número de tratamientos recibidos, nivel socioeconómico, si ha tenido recurrencias.

El instrumento que se utilizo para evaluar Adaptación Psicosocial (PAIS-SR), en esta investigación es la primera vez que se utiliza en México, por lo cual no tenemos parámetros de comparación para decir cual es la media para pacientes oncológicos en nuestro país.

Resultaría importante hacer la corrección acerca de los reactivos de PAIS-SR, de entorno social donde se dan ejemplos que resultan estar fuera de contexto.

A partir de estas observaciones se desprenden algunas sugerencias para próximas investigaciones.

Se podrian hacer comparaciones del los niveles de adaptación psicosocial en cuanto a variables específicas, un análisis univariado para destacar por cada variable que categorías son las más importantes.

Por ejemplo hacer un análisis sólo con edad, dividiendola en por lo menos en dos intervalos con respecto a las áreas de adaptación y adaptación global.

Comparación de pacientes con pareja y sin pareja, mastectomizadas vs no mastectomizadas.

**Idealmente una investigación longitudinal, que inicie con una historia clínica completa que evalúe todas las características intrapersonales, después evaluar que afrontamiento utiliza ante la enfermedad y diversos tratamientos, posteriormente evaluar la adaptación psicosocial en cortes de tiempo por ejemplo 2, 6, 12, 18 y 24 meses posterior al diagnóstico. Inclusive comparar pacientes con apoyo psicoterapéutico y pacientes sin tratamiento psicológico.**

La motivación principal de evaluar estos aspectos en particular es para plantear la necesidad de intervenciones al paciente oncológico donde se tomen en cuenta aspectos físicos propios de la enfermedad en cuanto a pérdidas físicas causadas por los diversos tratamientos, además de considerar los recursos psicológicos que posee el paciente para enfrentar el cáncer y la importancia del apoyo social identificando a este desde la relación médico-paciente familia, relación de pareja, institucional (pacientes con el mismo padecimiento, enfermeras, trabajadoras sociales), por último la historia personal de cada paciente.

Estas intervenciones psicosociales van encaminadas a trabajar con el paciente de manera multidisciplinaria donde exista comunicación entre los profesionales que están a cargo de la paciente y que influyen directamente en sus decisiones, y de las cuales depende su vida. Los profesionales a los que nos referimos son Oncólogos en sus diversas áreas: cirugía, quimioterapia, radioterapia, enfermería, trabajo social, psicología y psiquiatría.

## **BIBLIOGRAFÍA**



1. Báyes, R. (1985). Psicología Oncológica. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
2. Bland/Copeland, III. (1993). La mama: Problemas Psicosociales asociados con el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. De. Médica Panamericana. Buenos Aires.
3. Blum-Gordillo, B. (1989). Problemática Psicosocial del Niño con Enfermedad Crónica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México.
4. Cooper, C.L. (1986). Estrés y Cáncer. Ed. Diaz de los Santos, S.A. Barcelona.
5. Crespo, H. (1992). Versión Española del PAIS-SR, un instrumento de medida para la Adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física. PSQUIIS. 13(6-7). España.
6. Cruz, E.J. (1995). Enfoque Socioecológico. Relación entre Desarrollo Personal y Respuestas de Afrontamiento en Mujeres en Edad Fértil. Tesis. UNAM. Facultad de Psicología. México.
7. Darwin, Ch. (1981), El Origen de las Especies. Editora Nacional. México, D.F.
8. DeVita, V.T. & Lederberg, M. Principles and Practice of Oncology. Blinnpincott Company. Philadelphia. Psychosocial and Ethical Issues in the Care of Cancer Patient. 2448-2468
9. Dominguez, T.B. (1994). El Alivio del Dolor Crónico Asociado con el Cáncer: Aportaciones de la Psicología. Revista Mexicana de Psicología. 11(2), 163-173.
10. DSM IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edición Española. Masson. Barcelona
11. Espinosa, F.J; Heras, G. (1991). Repercusiones Psíquicas del Cáncer de Mama; Efectos Psíquicos de la Mastectomía. PSQUIIS 12:29-39. México.
12. Fallowfield, L.J. (1995). Assesment of Quality of Life in Breast Cancer. Acta Oncol. 34(5):689-694.

13. Ferro, M. (1991). El Instinto Maternal o la Necesidad de un Mito Siglo XXI. Barcelona
14. Flórez, L.J. (1994). La mujer ante el Cáncer de Mama Aspectos Psicológicos. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Barcelona.
15. Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. Anuario de Psicología. Barcelona. 61:41-50.
16. García-Campayo, J. (1993). Aspectos Psicológicos y Sociales en el Paciente Laringectomizado. PSQUIIS 14(9):301-304. España.
17. Grassi, L., et al (1993). Psychosocial Variables Associated with Mental Adjustment to Cancer. Psycho-oncology,
18. Holland, J.C. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and oportunes. Psycho-oncology. 1:1-14.
19. Holland, J.C., Rowland, J. (1989). Handbook of Psycho-oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York. Oxford University Press.
20. Holmberg, L. (1994). Psychosocial Adjustment Among Women with Breast Cancer Stages I and II. Journal Clinical Oncology.
21. Hossfeld, D., & Shermann, R. (1992). International Union Agains Cancer: Manual de Oncología Clínica. Ed. Doyma, S.A. Barcelona, España.
22. Kaplan, H. (1993). Tratado de Psiquiatria. Ed. Salvat. Barcelona
23. Lara. M.M. (1991). La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en los Pacientes del Instituto Nacional de Cancerología. Salud Mental. 14 (1).
24. Lazarus, R.& Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Martínez Roca. Barcelona.
25. Lederberg, M. & De Vita. (1993). Psychosocial and Ethical Issues in the Care of Cancer Patient. en Principles and Practice of Oncology. Blinnppincott Company. Philadelphia. 2448-2468.

26. Martínez, J.M; Morales, V.M. (1995). Fuentes de Estrés, Reacciones Psicofisiológicas y Estilos de Afrontamiento en Técnicos de Urgencias Médicas de la Cruz Roja. Tesis UNAM. Facultad de Psicología. México.
27. Maza, B.A., Tomer, C. (1992). La Problemática Psicosocial del Paciente con Cáncer. PSIQUIS. 1 (2):13-15. México.
28. Moorey, S., et al. (1994). Adjuvant Psychological Therapy for Patients with Cancer. Psycho-oncology. 3:39-46.
29. Morales, C.F. (1996). El Impacto de los Factores Psicosociales en la Esterilidad, Perinatología y Reproducción Humana. INPer. 10(2):81-96.
30. Rowland, J. & Holland, J.C. (1989) Psychological Care of the Patient with Cancer, en Handbook of Psycho-oncology. New York. Oxford University Press.
31. Schmale, A.H. (1978). Oncología Clínica: Principios de Oncología Psicosocial. Universidad de Rochester. New York.
32. Vinokur, A.D. (1989). Physical and Psychosocial Functioning and Adjustment to Breast Cancer. Cancer. 63:394-405.
33. Watson, M. y Greer, S. (1990). Locus of Control y Adjustment to Cancer. Psychological Reports, 66 39-48.
34. Williams, T.R. (1995). Psychosocial Issues in Breast Cancer. Postgrad. Medicine. Octubre 88(4):97-108

**ANEXO 1**



HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

PETRÓLEOS MEXICANOS

SERVICIO DE ONCOLOGÍA



Le hacen una amable invitación para participar en el estudio de la Adaptación Psicosocial de la Paciente con Enfermedad en la Glándula Mamaria, que se esta llevando acabo en este hospital.

Con el objetivo de conocer de que manera la enfermedad y/o tratamiento ha afectado su desempeño cotidiano, y como se ha modificado su estilo de vida.

La información que usted nos proporcione nos será de gran utilidad para mejorar la atención brindada.

De antemano agradecemos su colaboración para con este estudio.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FICHA \_\_\_\_\_

**ANEXO 2**



HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD



PETROLEOS MEXICANOS  
SERVICIO DE ONCOLOGIA

México, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1996

Nombre: \_\_\_\_\_ Ficha \_\_\_\_\_  
Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Marque con una (X) si presenta alguno de los siguientes antecedentes:

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| (1) Enfermedades Nerviosas       | (2) Insomnio        |
| (3) Colitis                      | (4) Neurodermatitis |
| (5) Úlcera                       | (6) Depresión       |
| (7) Dolores de cabeza frecuentes | (8) Alcoholismo     |
| (9) Tabaquismo                   |                     |

Toma algún medicamento para los nervios SI ( ) NO ( )

¿Cual es el motivo por el cual acude a este Servicio? \_\_\_\_\_

¿Hace cuanto tiempo recibió el diagnóstico? \_\_\_\_\_

En caso de que no haya recibido en este servicio el diagnóstico especifique donde y hace cuanto tiempo lo recibió. \_\_\_\_\_

¿Quien es su medico tratante? \_\_\_\_\_

En una escala de 0 a 10 que calificación daría a su medico

- |                                       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|
| (1) Atención medica                   | _____ | _____ |
| (2) Amabilidad                        | _____ | _____ |
| (3) Sinceridad                        | _____ | _____ |
| (4) Atención a sus preguntas          | _____ | _____ |
| (5) Al aclarar sus dudas              | _____ | _____ |
| (6) Escuchar                          | _____ | _____ |
| (7) Explicación del tratamiento       | _____ | _____ |
| (8) Visita diaria                     | _____ | _____ |
| (9) Comprensión                       | _____ | _____ |
| (10) Confianza                        | _____ | _____ |
| (11) Atención del servicio en general | _____ | _____ |

Ante su diagnóstico usted sintió marque con una (X)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intranquilidad  | <input type="checkbox"/> Desesperación |
| <input type="checkbox"/> Desconfianza    | <input type="checkbox"/> Desconfianza  |
| <input type="checkbox"/> Incredulidad    | <input type="checkbox"/> Culpa         |
| <input type="checkbox"/> Depresión       | <input type="checkbox"/> Confusión     |
| <input type="checkbox"/> Deseos de Morir | <input type="checkbox"/> Miedo         |

En caso de ser foráneo, señale que problemas tuvo para trasladarse al hospital

1. Familiares
2. Trabajo
3. Económicos
4. Otros \_\_\_\_\_

¿Quien la acompaña regularmente al Hospital? \_\_\_\_\_

¿Con \_\_\_\_\_ quien \_\_\_\_\_ vive  
actualmente? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_ Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de abortos \_\_\_\_\_

¿Que tratamientos ha recibido en este servicio?

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Otro \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe algún tratamiento en este servicio? En caso de ser así indique cual o cuales.

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Otro \_\_\_\_\_



**ANEXO 3**



HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD



PETRÓLEOS MEXICANOS  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA

**ESCALA DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL ANTE LA ENFERMEDAD FÍSICA  
PAIS-SR      VERSIÓN ESPAÑOLA**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **FICHA** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas en relación a los efectos que su enfermedad ha tenido sobre usted. Estamos interesados en saber qué consecuencias ha tenido en sus relaciones o en su funcionamiento en casa y en el trabajo, así como en sus relaciones personales y familiares. Otras preguntas abordan las consecuencias en su tiempo libre, en su vida social y en como se ha sentido emocionalmente.

Para contestar cada pregunta, por favor marque con una señal (X) la hoja de respuestas. Por favor conteste todas las preguntas. Si ninguna de las respuestas refleja su experiencia exacta, por favor señale la que más se aproxima a lo que usted ha sentido.

Algunas preguntas del cuestionario suponen que está usted casada o que tiene una relación afectiva estable. Otras preguntas son de sus relaciones familiares. En caso de que no procedan porque no esté casada, o no tenga pareja, dejelo en blanco.

Le agradecemos el tiempo que se ha llevado en contestar este cuestionario. Por favor compruebe otra vez que ha completado todas las preguntas, si tiene alguna duda pregúntela.

La sinceridad en sus respuestas, nos será de gran ayuda. Le recuerdo que la información que usted nos está proporcionando es confidencial.

### ***I Conciencia y Cuidado de la Propia Salud***

1.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su "actitud habitual" en el cuidado de su salud?

- (A) Estoy muy preocupada y presto especial atención a mi salud personal.
- (B) La mayor parte del tiempo estoy pendiente de mis necesidades de salud
- (C) Normalmente intento cuidar los mas relacionados con la salud pero a veces no los tengo en cuenta
- (D) La salud es algo de lo que no me preocupo mucho

2.- Su enfermedad actual requiere probablemente una atención especial y cuidado por su parte. ¿Sería capaz de escoger cual de las siguientes afirmaciones describiría mejor su actitud?

- (A) Hago mis cosas como siempre las he hecho y no me preocupo ni presto ninguna atención especial a mi enfermedad.
- (B) Intento hacer todas las cosas que se supone son necesarias para cuidar mi salud, pero muchas veces no puedo por cansancio, ocupación u olvido.
- (C) Dedicó bastante esfuerzo a cuidar mi enfermedad actual.
- (D) Presto gran atención a todas las necesidades de mi enfermedad actual y hago todo lo que puedo para cuidarme

3.- En general, ¿Qué piensa de la calidad de los cuidados médicos a su alcance, y de los médicos que lo llevan a cabo?

- (A) Los cuidados médicos no pueden ser mejores y los medicos que lo desarrollan están haciendo un magnifico trabajo.
- (B) La calidad de los cuidados medicos es muy buena pero hay algunas área que podrían mejorar.
- (C) Los cuidados médicos y los médicos ya no tienen la misma calidad que antes.
- (D) Actualmente no tengo mucha fe ni en los médicos ni en los cuidados médicos.

4.- Durante su enfermedad actual usted ha sido tratada tanto por médicos como por personal de salud ¿Qué piensa del tratamiento recibido por ellos?

- (A) Estoy muy inconforme con el tratamiento que he recibido y no creo que el personal de salud haya hecho por mi todo lo que hubiera podido.
- (B) No estoy muy impresionada por el tratamiento que he recibido, pero pienso, que probablemente lo han hecho lo mejor posible
- (C) El tratamiento ha sido muy bueno en conjunto aunque ha habido algunos problemas.
- (D) Tanto el tratamiento medico como el trato del personal ha sido excelente.

5.- Las personas, cuando están enfermas siguen diferentes conductas sobre su enfermedad y tienen varias actitudes ante el hecho de estar enferma. ¿Podría escoger que afirmación de las siguientes describe mejor sus sentimientos?

- (A) Estoy segura de que superare la enfermedad y su consecuencias y que rápidamente volveré a ser la de siempre.
- (B) Mi enfermedad me ha causado algunos problemas, pero creo que los superaré relativamente pronto y volveré a estar como antes
- (C) Mi enfermedad me ha puesto al limite, tanto física como mentalmente, pero estoy luchando para superarlo y creo que seguramente volveré a ser la misma de siempre.

- (D) Me siento agotada y muy débil por mi enfermedad y hay veces que no sé si realmente seré capaz de superarla.
- 6.- Estar enfermo puede ser una experiencia desconcertante y algunas pacientes piensan que no han recibido la suficiente información por parte de sus médicos y del personal de salud acerca de su enfermedad. Por favor, elija cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor sus impresiones sobre el tema.
- (A) El médico y el personal del Hospital me han dicho muy poco acerca de la enfermedad, a pesar de que les he preguntado más de una vez.
- (B) Tengo alguna información acerca de la enfermedad pero me gustaría saber más.
- (C) Tengo relativamente buena información sobre mi enfermedad y creo que si quiero saber más podría conseguir más información en cualquier momento.
- (D) Me han dado una información muy completa de la enfermedad, el médico y el personal de salud me han dicho los detalles que quería saber.
- 7.- Ante una enfermedad como la suya las personas tienen diferentes ideas sobre su tratamiento y lo que esperan de él. Por favor elija entre las siguientes afirmaciones la que mejor describa sus expectativas ante el tratamiento.
- (A) Creo que los médicos y el personal de salud son muy capaces de dirigir el tratamiento y además pienso que es el mejor tratamiento que podría recibir.
- (B) He depositado mi confianza en el médico sobre lo que pasara con el tratamiento pero a veces tengo dudas.
- (C) No me gustan ciertas partes del tratamiento que son muy desagradables pero los médicos consideran que debo sobreponerme a ellas.
- (D) En muchos aspectos creo que el tratamiento es peor que la enfermedad, y no estoy segura que merezca la pena continuar con el tratamiento.
- 8.- En una enfermedad como la suya los pacientes reciben diferentes niveles de información sobre su tratamientos. Por favor elija cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la información que usted ha recibido sobre su tratamiento.
- (A) No se me ha dicho prácticamente nada sobre el tratamiento y me siento dejada al margen en este aspecto.
- (B) Tengo alguna información sobre el tratamiento pero no tanto como me gustaría tener.
- (C) La información acerca del tratamiento es bastante completa pero todavía hay un par de cosas que me gustaría saber.
- (D) Pienso que la información en relación al tratamiento es muy completa y puesta al día.

## II. *Ámbito Profesional*

- 9.- ¿Le ha dificultado la enfermedad para realizar su ocupación habitual (trabajo, actividades domésticas, estudios, etc.)?
- (A) Ningún problema con mi trabajo.
- (B) Algunos problemas pero de poca importancia.
- (C) Algunos problemas serios.
- (D) La enfermedad me ha impedido totalmente realizar mi trabajo.
- 10.- ¿Cómo realiza su ocupación habitual (estudios, trabajo...) actualmente?
- (A) Pobremente
- (B) No demasiado bien

- (C) Adecuadamente  
(D) Muy bien
- 11.- ¿Durante los pasados 30 días ha perdido tiempo de su trabajo (estudios...) a consecuencia de su enfermedad?  
(A) Tres o menos días  
(B) Una semana  
(C) Dos semanas  
(D) Más de dos semanas
- 12.- ¿Su trabajo (o estudios...) son tan importantes para usted como lo eran antes de su enfermedad?  
(A) Poca o ninguna importancia  
(B) Bastante menos importante  
(C) Ligeramente menos importante.  
(D) De igual o mayor importancia que antes
- 13.- ¿Ha habido algún cambio en los objetivos de su trabajo o estudios como resultado de su enfermedad?  
(A) Mis objetivos siguen siendo los mismos.  
(B) Ha habido un ligero cambio en mis objetivos.  
(C) Mis objetivos han cambiado bastante.  
(D) He cambiado totalmente mis objetivos.
- 14.- ¿Ha notado que hayan aumentado los problemas con sus compañeros de trabajo, estudiantes, vecinos... desde su enfermedad?  
(A) Gran aumento de problemas.  
(B) Moderado aumento de problemas.  
(C) Leve aumento de problemas.  
(D) Ninguno
- III. *Ámbito Doméstico***
- 15.- ¿Cómo valoraría la relación con su esposo (pareja) desde padece su enfermedad?  
(A) Buena.  
(B) Regular.  
(C) Mala.  
(D) Muy mala.
- 16.- ¿Cómo valoraría las relaciones, como el resto de las personas con las que vive., ejemplo: niños, padres, tíos...?  
(A) Muy mala.  
(B) Mala.  
(C) Regular.  
(D) Buena
- 17.- ¿Hasta qué punto le ha dificultado la enfermedad el trabajo y las tareas domésticas?  
(A) Absolutamente en nada.  
(B) Leves problemas fácilmente solucionables.  
(C) Problemas moderados no todos superables.  
(D) Serias dificultades con las tareas domésticas.

18.- En aquellos aspectos de sus tareas domésticas en los que su enfermedad le ha causado más problemas ¿cómo se las ha arreglado la familia para ayudarle?

- (A) La familia no ha sido capaz de ayudarme en absoluto.
- (B) La familia ha intentado ayudarme pero muchas cosas se han quedado sin hacer.
- (C) La familia lo ha hecho bien excepto en un pequeño número de cosas sin importancia.
- (D) No ha habido problemas.

19.- ¿Ha significado la enfermedad una disminución de la comunicación entre usted y los miembros de su familia?

- (A) Ninguna disminución de la comunicación.
- (B) Una ligera disminución de la comunicación.
- (C) La comunicación ha descendido y me siento algo distanciada de ellos.
- (D) La comunicación ha disminuido mucho y me siento muy sola.

20.- Algunas personas con una enfermedad como la suya necesitan ayuda de otras (amigos, vecino, familia, etc.) para las tareas diarias. ¿Cree usted que necesita esa ayuda?

- (A) Necesito realmente ayuda pero no hay casi nadie cerca de mí para ayudarme.
- (B) Necesito cierta ayuda pero no puedo contar con ella en todo momento.
- (C) No tengo la ayuda que necesito en todo momento, pero la mayoría de las veces encuentro ayuda si la necesito.
- (D) No creo que necesite tal ayuda, o la ayuda que necesito me la daría mi familia o mis amigos.

21.- ¿Ha experimentado alguna minusvalía física con su enfermedad?

- (A) Ninguna minusvalía física.
- (B) Leve minusvalía física.
- (C) Moderada minusvalía física.
- (D) Grave minusvalía física.

22.- Una enfermedad como la suya puede, a veces, causar un deterioro en la economía familiar. ¿Está teniendo usted alguna dificultad con los gastos económicos que conlleva su enfermedad?

- (A) Serios apuros económicos.
- (B) Problemas económicos moderados.
- (C) Ligeros apuros económicos.
- (D) Ningún problema económico.

#### ***IV. Relaciones Sexuales***

23.- A veces tener una enfermedad acarrea problemas en las relaciones. ¿Le ha traído su enfermedad algún problema con su marido/pareja si no está casada?

- (A) No ha habido ningún cambio en nuestra relación.
- (B) Estamos un poco menos unidos desde mi enfermedad.
- (C) Estamos claramente menos unidos desde mi enfermedad.
- (D) Hemos tenido serios problemas o ruptura desde mi enfermedad.

24.- A veces, cuando las personas están enfermas cuentan que pierden interés por la actividad sexual. ¿Ha sentido menor interés sexual desde su enfermedad?

- (A) Ningún interés sexual desde la enfermedad.
- (B) Una marcada pérdida de interés sexual.
- (C) Una leve pérdida de interés sexual.

- (D) Ninguna pérdida de interés sexual.
- 25.- Las enfermedades a veces causan disminución de la actividad sexual. ¿Ha experimentado una disminución en la frecuencia de su actividad sexual?
- (A) Ninguna disminución de la actividad sexual.  
 (B) Leve disminución de la actividad sexual.  
 (C) Marcada disminución de la actividad sexual.  
 (D) La actividad sexual se ha interrumpido.
- 26.- ¿Ha habido algún cambio en el placer o satisfacción que normalmente usted experimenta con el sexo?
- (A) El placer sexual y la satisfacción se han interrumpido  
 (B) Una marcada pérdida de placer o satisfacción sexual.  
 (C) Una leve pérdida de placer o satisfacción sexual.  
 (D) Ningún cambio en la satisfacción sexual.
- 27.- A veces una enfermedad puede interferir en la capacidad de una persona para tener relaciones sexuales incluso a pesar de estar todavía interesados en el sexo. ¿Le ha ocurrido a usted esto? Si es así, ¿hasta que grado?
- (A) Ningún cambio en mi capacidad para el sexo  
 (B) Leves problemas en mi comportamiento sexual.  
 (C) Constantes problemas en mi comportamiento sexual.  
 (D) Totalmente incapaz de realizar el sexo.
- 28.- A veces una enfermedad puede interferir en la relación sexual normal de una pareja y provocar discusiones o problemas entre ellos. ¿Han tenido usted y su pareja alguna discusión como ésta? y si es así, ¿Hasta que punto?
- (A) Discusiones muy frecuentes  
 (B) Discusiones frecuentes  
 (C) Alguna discusión.  
 (D) Ninguna discusión.
- V. Relaciones familiares más allá del Núcleo Familiar**
- 29.- Desde su enfermedad ha tenido tanta relación como le era habitual (personal o telefonicamente) con miembros de su familia.
- (A) Las relaciones son las mismas desde la enfermedad.  
 (B) Las relaciones son ligeramente menores.  
 (C) Las relaciones son marcadamente menores.  
 (D) Ninguna relación desde la enfermedad
- 30.- Desde su enfermedad ha tenido el mismo interés por mantenerse junto a su familia
- (A) POCO o ningún interés en estar junto a ellos  
 (B) Bastante menos interés que antes.  
 (C) Ligeramente menos interés  
 (D) El mismo o más interés desde la enfermedad.
- 31.- A veces cuando las personas están enfermas se ven obligadas a depender de miembros de la familia distintos a los que conviven habitualmente en casa. ¿Ha necesitado alguna ayuda de ellos, y le han dado la ayuda que necesitaba?
- (A) No necesito ninguna ayuda o me dan toda la ayuda que necesito  
 (B) Su ayuda es suficiente excepto para pequeñas cosas.  
 (C) Me dan alguna ayuda pero no suficiente

(D) Me han dado muy poca ayuda o incluso ninguna aunque haya necesitado gran apoyo.

32.- Algunos personas tienen buenas relaciones con miembros de la familia fuera del círculo de los que normalmente viven en casa. ¿tenía usted mucha relación con estos familiares y su enfermedad ha reducido dicha relación?

- (A) La relación con ellos ha sido prácticamente eliminada.
- (B) La relación con ellos se ha reducido significativamente
- (C) La relación con ellos ha disminuido algo
- (D) Poca o pequeña influencia por la enfermedad.

33.- En general ¿Cómo se ha llevado con esos miembros de su familia recientemente?

- (A) Bien
- (B) Regular
- (C) Mal
- (D) Muy mal

#### **VI. Entorno Social**

34.- ¿Mantiene usted el mismo interés por el tiempo libre que antes de su enfermedad?

- (A) Igual nivel de interés
- (B) Un poco de menos interés que antes.
- (C) Significativamente menos interés que antes
- (D) Poco o ningún interés

35.- ¿Qué nivel de participación tiene en esas actividades? ¿Está actualmente comprometido en hacer estas actividades?

- (A) Poca o ninguna participación en la actualidad.
- (B) Participación reducida significativamente.
- (C) Participación ligeramente disminuida
- (D) El nivel de participación permanece inalterado.

36.- ¿Está usted tan interesado en el tiempo libre con su familia(ejemplo: jugar a las cartas, viajar, ir a nadar, etc.) como antes de su enfermedad?

- (A) El mismo grado de interés que antes.
- (B) Ligeramente menos interés que antes.
- (C) Significativamente menos interés que antes.
- (D) Queda poco o ningún interés.

37.- ¿Participa usted en esas actividades igual que lo hacía anteriormente?

- (A) Poca o ninguna participación en la actualidad.
- (B) Reducción significativa de la participación.
- (C) Leve disminución de la participación.
- (D) La participación se mantiene inalterada.

38.- ¿Ha mantenido el interés en actividades sociales desde su enfermedad (ejemplo: clubes sociales, grupos religiosos, ir al cine, fiestas...)?

- (A) Igual nivel de interés que antes.
- (B) Un poco menos interés que antes.
- (C) Significativamente menos interés que antes.
- (D) Queda poco o ningún interés.



- 39.- ¿Qué nivel de participación tiene? ¿Sale con sus amigos y realiza actividades todavía?
- (A) Poca o ninguna participación.
  - (B) Reducción significativa de la participación.
  - (C) Leve disminución de la participación.
  - (D) La participación se encuentra inalterada.

**VII. Malestar Psicológico**

- 40.- Últimamente ¿Se ha sentido temeroso, tenso, nervioso o ansioso?
- (A) No, en absoluto.
  - (B) Un poco.
  - (C) Bastante.
  - (D) Extremadamente.
- 41.- Últimamente ¿Se ha sentido triste, deprimida, con falta de interés por las cosas, o desesperanzado?
- (A) Extremadamente.
  - (B) Bastante.
  - (C) Un poco.
  - (D) No, en absoluto.
- 42.- Últimamente ¿Se ha sentido enfadado, irritable, o ha tenido dificultades para controlar su carácter?
- (A) No, en absoluto.
  - (B) Un poco.
  - (C) Bastante.
  - (D) Extremadamente.
- 43.- Últimamente ¿Se ha culpado a sí mismo de las cosas, se ha sentido culpable o como si hubiera decepcionado a la gente?
- (A) Extremadamente.
  - (B) Bastante.
  - (C) Un poco.
  - (D) No, en absoluto.
- 44.- Últimamente ¿Se ha preocupado mucho por su enfermedad u otros asuntos?
- (A) No, en absoluto.
  - (B) Un poco.
  - (C) Bastante.
  - (D) Extremadamente.
- 45.- Últimamente ¿Se ha sentido hundida o menos valiosa como persona?
- (A) Extremadamente.
  - (B) Bastante.
  - (C) Un poco.
  - (D) No, en absoluto.
- 46.- Últimamente ¿Se ha preocupado porque su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que le hagan menos atractiva?
- (A) No, en absoluto.
  - (B) Un poco.
  - (C) Bastante.
  - (D) Extremadamente.

**ANEXO 4**



Cuestionario General de Salud

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted en el cuadro correspondiente. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las últimas semanas.

|   |                  |                  |                 |                       |  |
|---|------------------|------------------|-----------------|-----------------------|--|
| 1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud.   | Mejor que antes. | Igual que antes  | Peor que antes  | Mucho peor que antes  |  |
| 2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?  | NO               | Como antes       | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 3.- ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?                                       | NO               | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 4.- ¿Ha tenido dolores de cabeza?   | NO               | Como Siempre     | Más que siempre | Mucho más que siempre |  |
| 5.- ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va estallar? | NO               | Igual que antes  | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 6.- ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?   | NO               | Igual que antes  | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 7.- ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?                 | NO               | No más que antes | Más que antes   | Más que antes         |  |

|   |                 |                  |                      |                            |  |
|---|-----------------|------------------|----------------------|----------------------------|--|
| 8.- ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?                       | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 9.- ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?     | NO              | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |
| 10.- ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche? | NO              | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |
| 11.- ¿Ha pasado noches inquieta o intranquila?                    | NO              | No más que antes | No más que antes     | Mucho más que antes        |  |
| 12.- ¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?          | Mejor que antes | Igual que antes  | Peor que antes       | Mucho peor que antes       |  |
| 13.- ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?  | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 14.- ¿Siente cariño y afecto por las personas que lo rodean?      | Más que antes   | Como antes       | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 15.- ¿Se ha llevado bien con los demás?                           | Mejor que antes | Igual que antes  | Peor que antes       | Mucho peor que antes       |  |
| 16.- ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?       | Igual que antes | Igual que antes  | Menos útil que antes | Mucho menos útil que antes |  |
| 17.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?                    | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 18.- ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?                | No para nada    | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |

|   |               |                  |                 |                       |  |
|---|---------------|------------------|-----------------|-----------------------|--|
| 19.- ¿Disfruta de sus actividades diarias?  | Más que antes | Igual que antes  | Menos que antes | Mucho menos que antes |  |
| 20.- ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?  | No para nada  | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 21.- ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?        | NO            | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 22.- ¿Se ha sentido triste o deprimido?   | No para nada  | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 23.- ¿Ha perdido la confianza y fe en si mismo?                                     | NO            | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 24.- ¿Ha pensado que usted no vale nada?  | No para nada  | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 25.- ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?                               | NO            | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 26.- ¿Se ha sentido nerviosa y "a punto de estallar" constantemente?                | NO            | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 27.- ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?                             | No para nada  | No creo          | Alguna vez      | Si                    |  |
| 28.- ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?             | NO            | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 29.- ¿Ha deseado estar muerto o lejos de todo?                                      | NO            | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 30.- ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza? | No para nada  | No creo          | Alguna vez      | SI                    |  |

**ANEXO 5**



HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD  
PETRÓLEOS MEXICANOS  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA  
ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE MOOS



NOMBRE \_\_\_\_\_ NO. FICHA \_\_\_\_\_

Indique por favor, cuáles de las siguientes situaciones se acercan más a lo que hizo usted frente a su enfermedad. Señale con una (X) en el cuadro que corresponda.

|   | NO | SI<br>OCASIONAL-<br>MENTE | SI<br>CON<br>FRECUENCIA |
|---|----|---------------------------|-------------------------|
| 1. Trato de entender mejor la situación                           |    |                           |                         |
| Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar.         |    |                           |                         |
| 3. Platicó con algún amigo sobre el problema                      |    |                           |                         |
| 4. Hablo con algún profesionalista (médico, abogado o sacerdote). |    |                           |                         |
| 5. Rezó para encontrar guía o fortaleza                           |    |                           |                         |
| 6. Se preparó para lo peor  |    |                           |                         |
| 7. No se preocupó penso que todo se resolvería                    |    |                           |                         |
| 8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona |    |                           |                         |
| 9. Trato de verle el lado positivo a la situación.                |    |                           |                         |
| 10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa.  |    |                           |                         |
| 11. Elaboró y siguió un plan de acción                            |    |                           |                         |

|  | NO | SI<br>OCASIONAL-<br>MENTE | SI<br>CON<br>FRECUENCIA |
|--|----|---------------------------|-------------------------|
| 12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.           |    |                           |                         |
| 13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.        |    |                           |                         |
| 14. No demostró sus sentimientos.  |    |                           |                         |
| 15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo como se presentaron    |    |                           |                         |
| 16. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.       |    |                           |                         |
| 17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo            |    |                           |                         |
| 18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación        |    |                           |                         |
| 19. Se dijo a si misma cosas que la ayudaran a sentirse mejor.             |    |                           |                         |
| 20. Se alejo momentáneamente del problema..                                |    |                           |                         |
| 21. Supo lo que tenia que hacer y luchó para lograrlo.                     |    |                           |                         |
| 22. En general evitó estar cerca de la gente.                              |    |                           |                         |
| 23. Se prometió a si misma que las cosas serian diferentes la próxima vez. |    |                           |                         |
| 24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.                            |    |                           |                         |
| 25. Lo acepto, nada se podia hacer.  |    |                           |                         |
| 26. Demostró sus sentimientos de alguna manera.                            |    |                           |                         |
| 27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares.           |    |                           |                         |
| 28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación.            |    |                           |                         |



**ANEXO 6**

## ANÁLISIS DE REACTIVOS PAIS-SR

### I. Conciencia y Cuidado de la Propia Salud

- 1.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su "actitud habitual" en el cuidado de su salud?
- 27 (A) Estoy muy preocupada y presto especial atención a mi salud personal.  
34 (B) La mayor parte del tiempo estoy pendiente de mis necesidades de salud  
16 (C) Normalmente intento cuidar lo mas relacionados con la salud pero a veces no los tngo en cuenta  
3 (D) La salud es algo de lo que no me preocupo mucho.
- 2.- Su enfermedad actual requiere probablemente una atención especial y cuidado por su parte. ¿Sería capaz de escoger cual de las siguientes afirmaciones describiría mejor su actitud?
- 0 (A) Hago mis cosas como siempre las he hecho y no me preocupo ni presto ninguna atención especial a mi enfermedad.  
7 (B) Intento hacer todas las cosas que se supone son necesarias para cuidar mi salud, pero muchas veces no puedo por cansancio, ocupacion u olvido.  
26 (C) Dedico bastante esfuerzo a cuidar mi enfermedad actual.  
47 (D) Presto gran atención a todas las necesidades de mi enfermedad actual y hago todo lo que puedo para cuidarme.
- 3.- En general, ¿Que piensa de la calidad de los cuidados médicos a su alcance, y de los médicos que lo llevan a cabo?
- 68 (A) Los cuidados medicos no pueden ser mejores y los medicos que lo desarrollan están haciendo un magnifico trabajo.  
11 (B) La calidad de los cuidados médicos es muy buena pero hay algunas area que podrian mejorar.  
1 (C) Los cuidados medicos y los medicos ya no tienen la misma calidad que antes.  
0 (D) Actualmente no tengo mucha fe ni en los medicos ni en los cuidados medicos.
- 4.- Durante su enfermedad actual usted ha sido tratada tanto por medicos como por personal de salud ¿Qué piensa del tratamiento recibido por ellos?
- 3 (A) Estoy muy inconforme con el tratamiento que he recibido y no creo que el personal de salud haya hecho por mi todo lo que hubiera podido.  
4 (B) No estoy muy impresionada por el tratamiento que he recibido, pero pienso, que probablemente lo han hecho lo mejor posible.  
6 (C) El tratamiento ha sido muy bueno en conjunto aunque ha habido algunos problemas.  
67 (D) Tanto el tratamiento medico como el trato del personal ha sido excelente.
- 5.- Las personas, cuando están enfermas siguen diferentes conductas sobre su enfermedad y tienen varias actitudes ante el hecho de estar enferma. ¿Podría elegir que afirmación de las siguientes describe mejor sus sentimientos?
- 43 (A) Estoy segura de que superare la enfermedad y sus consecuencias y que rápidamente volveré a ser la de siempre.  
21 (B) Mi enfermedad me ha causado algunos problemas, pero creo que los superare relativamente pronto y volveré a estar como antes.

14 (C) Mi enfermedad me ha puesto al límite, tanto física como mentalmente, pero estoy luchando para superarlo y creo que seguramente volveré a ser la misma de siempre.

2 (D) Me siento agotada y muy débil por mi enfermedad y hay veces que no sé si realmente seré capaz de superarla.

6.- Estar enfermo puede ser una experiencia desconcertante y algunas pacientes piensan que no han recibido la suficiente información por parte de sus médicos y del personal de salud acerca de su enfermedad. Por favor, elija cual de las siguientes afirmaciones describe mejor sus impresiones sobre el tema.

1 (A) El médico y el personal del Hospital me han dicho muy poco acerca de la enfermedad, a pesar de que les he preguntado más de una vez.

12 (B) Tengo alguna información acerca de la enfermedad pero me gustaría saber más.

30 (C) Tengo relativamente buena información sobre mi enfermedad y creo que si quiero saber más podría conseguir más información en cualquier momento.

37 (D) Me han dado una información muy completa de la enfermedad, el médico y el personal de salud me han dicho los detalles que quería saber.

7.- Ante una enfermedad como la suya las personas tiene diferentes ideas sobre su tratamiento y lo que esperan de él. Por favor elija entre las siguientes afirmaciones la que mejor describa sus expectativas ante el tratamiento.

54 (A) Creo que lo médicos y el personal de salud son muy capaces de dirigir el tratamiento y además pienso que es el mejor tratamiento que podría recibir.

14 (B) He depositado mi confianza en el médico sobre lo que pasara con el tratamiento pero a veces tengo dudas.

12 (C) No me gustan ciertas partes del tratamiento que son muy desagradables pero los médicos consideran que debo sobreponerme a ellas.

0 (D) En muchos aspectos creo que el tratamiento es peor que la enfermedad, y no estoy segura que merezca la pena continuar con el tratamiento.

8.- En una enfermedad como la suya los pacientes reciben diferentes niveles de información sobre su tratamientos. Por favor elija cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la información que usted ha recibido sobre su tratamiento.

2 (A) No se me ha dicho prácticamente nada sobre el tratamiento y me siento dejada al margen en este aspecto.

8 (B) Tengo alguna información sobre el tratamiento pero no tanto como me gustaría tener.

18 (C) La información acerca del tratamiento es bastante completa pero todavía hay un par de cosas que me gustaría saber.

52 (D) Pienso que la información en relación al tratamiento es muy completa y puesta al día.

## ***II. Ámbito Profesional***

9.- ¿Le ha dificultado la enfermedad para realizar su ocupación habitual (trabajo, actividades domésticas, estudios, etc.)?

31 (A) Ningún problema con mi trabajo

- 40 (B) Algunos problemas pero de poca importancia.  
 3 (C) Algunos problemas serios.  
 6 (D) La enfermedad me ha impedido totalmente realizar mi trabajo.  
 10.- ¿Cómo realiza su ocupacion habitual (estudios, trabajo...) actualmente?  
 3 (A) Pobremente  
 15 (B) No demasiado bien  
 30 (C) Adecuadamente  
 32 (D) Muy bien  
 11.- ¿Durante los pasados 30 días ha perdido tiempo de su trabajo (estudios...) a consecuencia de su enfermedad?  
 59 (A) Tres o menos días  
 5 (B) Una semana  
 2 (C) Dos semanas  
 14 (D) Mas de dos semanas  
 12.- ¿Su trabajo (o estudios...) son tan importantes para usted como lo eran antes de su enfermedad?  
 0 (A) Poca o ninguna importancia  
 5 (B) Bastante menos importante  
 6 (C) Ligeramente menos importante.  
 62 (D) De igual o mayor importancia que antes  
 13.- ¿Ha habido algun cambio en los objetivos de su trabajo o estudios como resultado de su enfermedad?  
 49 (A) Mis objetivos siguen siendo los mismos.  
 15 (B) Ha habido un ligero cambio en mis objetivos.  
 12 (C) Mis objetivos han cambiado bastante.  
 4 (D) He cambiado totalmente mis objetivos.  
 14.- ¿Ha notado que hayan aumentado los problemas con sus compañeros de trabajo, estudiantes, vecinos... desde su enfermedad?  
 0 (A) Gran aumento de problemas.  
 3 (B) Moderado aumento de problemas.  
 5 (C) Leve aumento de problemas.  
 72 (D) Ninguno

### III. Ambito Doméstico

- 15.- ¿Cómo valoraria la relación con su esposo (pareja) desde padece su enfermedad?  
 12 0  
 49 (A) Buena.  
 14 (B) Regular.  
 4 (C) Mala.  
 1 (D) Muy mala.  
 16.- ¿Cómo valoraria las relaciones, como el resto de las personas con las que vive., ejemplo: niños, padres, tíos...?  
 0 (A) Muy mala.  
 2 (B) Mala.

- 10 (C) Regular.
- 68 (D) Buena
- 17.- ¿Hasta qué punto le ha dificultado la enfermedad el trabajo y las tareas domésticas?
- 26 (A) Absolutamente en nada.
- 43 (B) Leves problemas fácilmente solucionables.
- 5 (C) Problemas moderados no todos superables.
- 6 (D) Serías dificultades con las tareas domésticas.
- 18.- En aquellos aspectos de sus tareas domésticas en los que su enfermedad le ha causado más problemas ¿cómo se las ha arreglado la familia para ayudarle?
- 3 (A) La familia no ha sido capaz de ayudarme en absoluto.
- 7 (B) La familia ha intentado ayudarme pero muchas cosas se han quedado sin hacer.
- 17 (C) La familia lo ha hecho bien excepto en un pequeño número de cosas sin importancia.
- 53 (D) No ha habido problemas
- 19.- ¿Ha significado la enfermedad una disminución de la comunicación entre usted y los miembros de su familia?
- 71 (A) Ninguna disminución de la comunicación
- 3 (B) Una ligera disminución de la comunicación.
- 5 (C) La comunicación ha descendido y me siento algo distanciada de ellos.
- 1 (D) La comunicación ha disminuido mucho y me siento muy sola.
- 20.- Algunas personas con una enfermedad como la suya necesitan ayuda de otras (amigos, vecino, familia, etc., para las tareas diarias. ¿Cree usted que necesita esa ayuda? ¿hay alguien para dársela?
- 3 (A) Necesito realmente ayuda pero no hay casi nadie cerca de mí para ayudarme.
- 5 (B) Necesito cierta ayuda pero no puedo contar con ella en todo momento.
- 1 (C) No tengo la ayuda que necesito en todo momento, pero la mayoría de las veces no encuentro ayuda si la necesito.
- 71 (D) No creo que necesite tal ayuda, o la ayuda que necesito me la daría mi familia o mis amigos.
- 1.- ¿Ha experimentado alguna minusvalía física con su enfermedad?
- 45 (A) Ninguna minusvalía física
- 26 (B) Leve minusvalía física.
- 5 (C) Moderada minusvalía física.
- 4 (D) Grave minusvalía física
- 22.- Una enfermedad como la suya puede, a veces, causar un deterioro en la economía familiar. ¿Está teniendo usted alguna dificultad con los gastos económicos que conlleva su enfermedad?
- 5 (A) Serios apuros económicos.
- 18 (B) Problemas económicos moderados
- 20 (C) Ligeros apuros económicos.
- 37 (D) Ningun problema económico.

#### **IV. Relaciones Sexuales**

23.- A veces tener una enfermedad acarrea problemas en las relaciones ¿Le ha traído su enfermedad algún problema con su marido.(pareja si no está casada)?

20 Sin Respuesta

48 (A) No ha habido ningún cambio en nuestra relación

9 (B) Estamos un poco menos unidos desde mi enfermedad.

1 (C) Estamos claramente menos unidos desde mi enfermedad.

2 (D) Hemos tenido serios problemas o ruptura desde mi enfermedad.

24.- A veces, cuando las personas están enfermas cuentan que pierden interés por la actividad sexual. ¿Ha sentido menor interés sexual desde su enfermedad?

18 Sin Respuesta

7 (A) Ningún interés sexual desde la enfermedad.

8 (B) Una marcada pérdida de interés sexual.

20 (C) Una leve pérdida de interés sexual.

27 (D) Ninguna pérdida de interés sexual

25.- Las enfermedades a veces causan disminución de la actividad sexual. ¿Ha experimentado una disminución en la frecuencia de su actividad sexual?

19 Sin Respuesta

26 (A) Ninguna disminución de la actividad sexual.

23 (B) Leve disminución de la actividad sexual.

2 (C) Marcada disminución de la actividad sexual.

10 (D) La actividad sexual se ha interrumpido.

26.- ¿Ha habido algún cambio en el placer o satisfacción que normalmente usted experimenta con el sexo?

19 Sin Respuesta

8 (A) El placer sexual y la satisfacción se han interrumpido

10 (B) Una marcada pérdida de placer o satisfacción sexual.

16 (C) Una leve pérdida de placer o satisfacción sexual.

27 (D) Ningún cambio en la satisfacción sexual.

27.- A veces una enfermedad puede interferir en la capacidad de una persona para tener relaciones sexuales incluso a pesar de estar todavía interesados en el sexo. ¿Le ha ocurrido a usted esto? Si es así, ¿hasta qué grado?

19 Sin Respuesta

30 (A) Ningún cambio en mi capacidad para el sexo

23 (B) Leves problemas en mi comportamiento sexual.

2 (C) Constantes problemas en mi comportamiento sexual

6 (D) Totalmente incapaz de realizar el sexo.

28.- A veces una enfermedad puede interferir en la relación sexual normal de una pareja y provocar discusiones o problemas entre ellos. ¿Han tenido usted y su pareja alguna discusión como ésta? y si es así ¿Hasta qué punto?

20 Sin Respuesta

2 (A) Discusiones muy frecuentes

5 (B) Discusiones frecuentes

10 (C) Alguna discusión.

43 (D) Ninguna discusión.

#### ***V. Relaciones familiares más allá del Núcleo Familiar***

29.- Desde su enfermedad ha tenido tanta relación como le era habitual (personal o telefónicamente) con miembros de su familia.

72 (A) Las relaciones son las mismas desde la enfermedad.

6 (B) Las relaciones son ligeramente menores.

2 (C) Las relaciones son marcadamente menores.

0 (D) Ninguna relación desde la enfermedad

30.- Desde su enfermedad ha tenido el mismo interés por mantenerse junto a su familia

3 (A) Poco o ningún interés en estar junto a ellos

2 (B) Bastante menos interés que antes.

6 (C) Ligeramente menos interés

69 (D) El mismo o más interés desde la enfermedad.

31 - A veces cuando las personas están enfermas se ven obligadas a depender de miembros de la familia distintos a los que conviven habitualmente en casa. ¿Ha necesitado alguna ayuda de ellos, y le han dado la ayuda que necesitaba?

4 (A) No necesito ninguna ayuda o me dan toda la ayuda que necesito

3 (B) Su ayuda es suficiente excepto para pequeñas cosas.

23 (C) Me dan alguna ayuda pero no suficiente

50 (D) Me han dado muy poca ayuda o incluso ninguna aunque haya necesitado gran apoyo.

32.- Algunas personas tienen buenas relaciones con miembros de la familia fuera del círculo de los que normalmente viven en casa. ¿tenía usted mucha relación con estos familiares y su enfermedad ha reducido dicha relación?

1 (A) La relación con ellos ha sido prácticamente eliminada.

5 (B) La relación con ellos se ha reducido significativamente

1 (C) La relación con ellos ha disminuido algo

70 (D) Poca o pequeña influencia por la enfermedad.

33.- En general ¿Cómo se ha llevado con esos miembros de su familia recientemente

69 (A) Bien

10 (B) Regular

1 (C) Mal

0 (D) Muy mal

#### ***VI. Entorno Social***

34.- ¿Mantiene usted el mismo interés por el tiempo libre y las aficiones que antes de su enfermedad?

61 (A) Igual nivel de interés

19 (B) Un poco de menos interés que antes.

0 (C) Significativamente menos interés que antes

0 (D) Poco o ningún interés

35.- ¿Qué nivel de participación tiene en esas actividades? ¿Está actualmente comprometido en hacer estas actividades?

- 7 (A) Poca o ninguna participación en la actualidad.
- 7 (B) Participación reducida significativamente.
- 18 (C) Participación ligeramente disminuida.
- 48 (D) El nivel de participación permanece inalterado.

36.- ¿Esta usted tan interesado en el tiempo libre con su familia (ejemplo: jugar a las cartas, viajar, ir a nadar, etc.) como antes de su enfermedad?

- 62 (A) El mismo grado de interés que antes.
- 15 (B) Ligeramente menos interés que antes.
- 3 (C) Significativamente menos interés que antes.
- 0 (D) Queda poco o ningún interés.

37.- ¿Participa usted en esas actividades igual que lo hacía anteriormente?

- 8 (A) Poca o ninguna participación en la actualidad.
- 4 (B) Reducción significativa de la participación.
- 22 (C) Leve disminución de la participación.
- 46 (D) La participación se mantiene inalterada.

38.- ¿Ha mantenido el interés en actividades sociales desde su enfermedad (ejemplo: clubes sociales, grupos religiosos, ir al cine, fiestas...)?

- 65 (A) Igual nivel de interés que antes.
- 12 (B) Un poco menos interés que antes.
- 2 (C) Significativamente menos interés que antes.
- 1 (D) Queda poco o ningún interés.

39.- ¿Qué nivel de participación tiene? ¿Sale con sus amigos y realiza esas actividades todavía?

- 7 (A) Poca o ninguna participación.
- 3 (B) Reducción significativa de la participación.
- 22 (C) Leve disminución de la participación.
- 48 (D) La participación se encuentra inalterada.

### VII. Malestar Psicológico

40.- Últimamente ¿Se ha sentido temeroso, tenso, nervioso o ansioso?

- 29 (A) No, en absoluto.
- 45 (B) Un poco.
- 6 (C) Bastante.
- 0 (D) Extremadamente.

41.- Últimamente ¿Se ha triste deprimida, con falta de interés por las cosas, o desesperanzada?

- 2 (A) Extremadamente.
- 3 (B) Bastante.
- 37 (C) Un poco.
- 38 (D) No, en absoluto.



- 42.- Últimamente ¿Se ha sentido enfadado, irritable, o ha tenido dificultades para controlar su carácter?
- 44 (A) No, en absoluto.  
33 (B) Un poco.  
2 (C) Bastante.  
1 (D) Extremadamente.
- 43.- Últimamente ¿Se ha culpado a sí mismo de las cosas, se ha sentido culpable o como si hubiera decepcionado a la gente?
- 0 (A) Extremadamente.  
2 (B) Bastante.  
12 (C) Un poco.  
66 (D) No, en absoluto.
- 44.- Últimamente ¿Se ha preocupado mucho por su enfermedad u otros asuntos?
- 25 (A) No, en absoluto.  
40 (B) Un poco.  
12 (C) Bastante.  
3 (D) Extremadamente.
- 45.- Últimamente ¿Se ha sentido hundida o menos valiosa como persona?
- 1 (A) Extremadamente.  
1 (B) Bastante.  
15 (C) Un poco.  
63 (D) No, en absoluto.
- 46.- Últimamente ¿Se ha preocupado porque su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que le hagan menos atractiva?
- 47 (A) No, en absoluto.  
26 (B) Un poco.  
7 (C) Bastante.  
0 (D) Extremadamente.