

211



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO
PRECURSORES DE LA CERCANÍA CON LA
PAREJA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS”.**

0294250

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

NORMA ELENA REYES RUIZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ROZZANA SÁNCHEZ ARAGÓN

REVISOR DE TESIS:

DRA. ISABEL REYES LAGUNES

SINODALES DE TESIS

MTRA. MA. DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO

DR. ROLANDO DÍAZ LOVING

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios

Gracias por saber que hay un ser espiritual que siempre esta conmigo.

A mis padres

Gracias por brindarme siempre su apoyo, cariño, comprensión y paciencia, por estar siempre conmigo acompañándome en todo momento. Los amo.

A mi hermanita

Gracias Margarita por estar siempre a mi lado, eres una personita muy valiosa que siempre me ha apoyado en los retos que me he propuesto y hemos aprendido a crecer juntas. Te quiero.

A mi mamá Margarita

Gracias mamá por enseñarme lo valioso que puede ser cada día y por aprender de tu gran entereza y fortaleza de ver la vida. Te quiero mucho.

A mis tíos

Gracias por permitirme formar parte de ustedes y por su comprensión constante.

A mis primos

Gracias Miguel, Toño y Beto por darme la oportunidad de crecer y compartir con ustedes esos gratos momentos de diversión. Son mis hermanitos.

A la Dra. Rozzana Sánchez Aragón

Gracias de verdad por creer en mí, por brindarme la oportunidad de aprender de tí, por tu gran entusiasmo, apoyo y conocimientos que me han impulsado a ser una mejor persona y profesionista. Por tu gran calidez como ser humano.

Al Dr. Rolando Díaz Loving

Gracias por compartir sus conocimientos y por darme la oportunidad de crecer como persona y profesionista.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón

Gracias por el apoyo que me ha brindado y su gran comprensión.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por sentirme totalmente orgullosa de ser universitaria y por la formación que he tenido.

A las damas de Reto y mujeres mastectomizadas

Gracias por su valiosa ayuda y por permitirme estar con ustedes compartiendo momentos de dicha y de tristeza que las han hecho unas amazonas de la vida.

Gracias a todas esas personitas que han estado conmigo (Marco, Claudia, Yessica, Yanira, Erika, Mayra, Asociación *Fink* y a los que haya omitido, sin ninguna mala intención) por apoyarme, por darme su cariño y hacer que la vida valga la pena vivirla por tener amigos con quien compartir. Y a tí Roberto por formar parte de mi vida.

NORMA

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPITULO 1 <i>TEORÍA BIO-PSICO-SOCIO-CULTURAL DE LA RELACIÓN DE PAREJA</i>	
1.1_ COMPONENTES DEL MODELO TEÓRICO DE LA RELACIÓN DE PAREJA.....	1
CAPITULO 2 <i>EL ENFRENTAMIENTO</i>	17
2.1 DIFERENTES FORMAS DE ATRIBUIR: COPING	
2.2 DEFINICIONES DE ENFRENTAMIENTO	
2.3 MODOS DE ENFRENTAMIENTO	
2.4 MODELOS TEÓRICOS	
2.5 MEDICIÓN DEL ENFRENTAMIENTO	
2.6 INVESTIGACIÓN ACERCA DEL ENFRENTAMIENTO	
CAPITULO 3 <i>LA MUJER MASTECTOMIZADA: REACCIONES Y CONTEXTO PSICÓLOGO Y EMOCIONAL</i>	45
3.1 CÁNCER, CÁNCER DE MAMA Y MASTECTOMÍA	
3.2 PERFIL PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DE LA MUJER MASTECTOMIZADA	
3.3 CERCANÍA	

CAPITULO 4 *MÉTODO*.....67

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
VARIABLES
HIPÓTESIS
SUJETOS
TIPO DE ESTUDIO
INSTRUMENTOS
PROCEDIMIENTO

CAPITULO 5 *RESULTADOS*.....75

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ENFRENTAMIENTO
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EMOCIONES
ESTUDIO CORRELACIONAL
ANÁLISIS DE REGRESIÓN
ANÁLISIS DE CONTENIDO

CAPITULO 6 *DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES*.....87

CONSIDERACIONES FINALES.....104

REFERENCIAS.....106

ANEXO 1

ANEXO 2

ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO PRECURSORES DE LA CERCANÍA CON LA PAREJA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

Introducción

¶ Lo largo del tiempo se ha observado que el ser humano crea cierto tipo de respuestas necesarias que le han servido de defensa cuando presencia en su vida cotidiana situaciones estresantes. Estas formas de respuesta se reflejan en el término conocido en la Psicología y en las ciencias sociales como enfrentamiento (coping).

Pearlin y Schooler (1978) consideran que el enfrentamiento es una defensa altamente individualizada en contra de amenazas que surgen de situaciones fuera del control de las personas. Para Lazarus y Folkman (1980), se refiere a cualquier intento que hace la persona para manejar una situación estresante. E incluso se le refiere como los pensamientos y actos usados por un individuo para manejar las demandas internas y/o externas que bloquean o exceden sus recursos psicológicos (Callan y Hennessey, 1989; Folkman y Lazarus, 1986). López Becerra (1999) menciona que son esfuerzos de la persona para negociar con eventos estresantes. Además de que es un proceso personal (cognoscitivo y conductual), que además de verse afectado por las características propias es afectado por la situación ambiental.

Con base en estos conceptos se deducen diferentes aspectos que tienen que ver con el enfrentamiento, lo que son las tensiones de la vida como conflictos, frustraciones y amenazas, que se entienden como aquellos problemas que se mantienen y que poseen potencial para producir una amenaza; los repertorios de enfrentamiento que la gente emplea para tratar con las tensiones que experimentan al desempeñar papeles básicos de la vida y el estrés emocional que la gente siente (experiencia de tristeza emocional que se centra en los sentimientos displacenteros) y el grado en el cual experimenta síntomas de depresión y ansiedad.

Al respecto de la forma en la que se da significado al enfrentamiento, existen dos tipos de estrategias que propone Krohne (1989), una de vigilancia cuyo propósito general del individuo es ganar control y

protegerse de la amenaza y otra de evitación o prevención cognoscitiva que es vista como una retirada (repliegue) de la información amenazante.

Siendo el estrés uno de los elementos comunes a las definiciones y a los conceptos con los que tiene relación, es necesario indicar que de las posibles fuentes de estrés que viven los seres humanos se encuentran: conflictos interpersonales, situaciones laborales, problemas financieros, muerte de algún familiar, mudanzas, bajo rendimiento escolar y enfermedades crónico-degenerativas. En este tenor, el cáncer representa una causa innegable de tensión y amenaza en contra de la propia vida, lo que provoca en quien la escucha la fuerte idea de que el siguiente paso es la muerte dado el impacto emocional que exige. De esta auto-percepción y percepción, surge la activación de entidades que preparan al individuo a reaccionar ante una situación estresante inminente.

Las respuestas y alteraciones emocionales asociadas al cáncer de mama –en especial- se caracterizan por su intensidad, constancia e implicaciones personales e interpersonales. Estas disposiciones conductuales en la mujer, se añan a la necesidad de tener que pasar por los tratamientos para combatir el cáncer, siendo mastectomía radical el medio más frecuente y traumático. Ya mastectomizada, la mujer se enfrenta a una serie de cambios que implican necesariamente formas de revelarse ante ella misma y ante su mundo inmediato, ya que se siente transgredida en su esencia como mujer. Percibe la mastectomía no sólo como una solución muy cruel, sino una mutilación de una zona que para ella significa parte de su imagen como mujer activa y parte de un entorno social.

Estudios reportados en Estados Unidos de América (Antonia, Goodkin y Helder, 1991; cit. en Montiel C., Urquidi T y Castañeda, 1996) han encontrado diferencias en el tipo de estrategias de enfrentamiento (p.e. pasivo vs. activo) ante situaciones generadoras de estrés y su relación con el desencadenamiento de cáncer invasivo. Esta diferencia se atribuye a la pertenencia a grupos étnicos y culturales diferentes, por ejemplo africo/americano vs. angloamericanos. Debido a esto, es requerido el estudio de las estrategias de enfrentamiento en mujeres mexicanas, un grupo con características específicas, con la finalidad de detectar el estilo característico que pudiese estar asociado a la situación actual de la mujer. Esto, da la pauta para observar que desde el momento del diagnóstico, la mujer se encuentra al mismo tiempo en situaciones de angustia e incertidumbre que exigen que ella enfrente por sí sola. Por ejemplo, ante la mastectomía, surgen variaciones en el estilo que usa cada mujer, ya que

hay veces que las mujeres presentan sentimientos negativos encontrados y hay otras que reaccionan más positivamente.

En lo que toca al mundo inmediato de la mujer mastectomizada, es necesario señalar que la pareja juega un papel central. Al percibirse vulnerable y confusa, la mujer explora y reconoce en sí misma las estrategias o mecanismos de enfrentamiento dirigidos a relacionarse nuevamente con su pareja. Además de que a pesar de que existen varias investigaciones que estudian al enfrentamiento aisladamente, existe una aproximación teórica en México que integra a las variables centrales de esta investigación (emociones, estilos de enfrentamiento, percepción de cercanía) desde una estructura que organiza y predice relaciones. De ahí que radique la importancia de incluir la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la pareja para dicha investigación.

Así, en nuestra cultura y en otras, la mama se ve generalmente como un símbolo de feminidad y de atractivo sexual, puede servir para la nutrición, la relación "madre-hijo" y 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 sexual para el hombre. Por todas estas razones, es plausible suponer la existencia de numerosos problemas de adaptación psicosocial como consecuencia de la extirpación quirúrgica de la mama. Casi se puede admitir que los conflictos que experimenta la mujer en aceptar y acomodarse a la pérdida de la mama se deben, en gran medida, al miedo que tiene a la respuesta de los demás. El dolor del rechazo aumenta en la intimidad y el temor más grande de la mujer mastectomizada esta relacionado con el hombre con quien ella tiene más intimidad (Flórez Lozano, 1994).

Así, ante el re-encuentro de los miembros de la pareja, uno de los indicadores más inmediatos de vinculación entre ellos es la cercanía cognoscitiva, emocional y conductual, definida por Aron, Aron y Smollan (1992) como la inclusión de un miembro de la pareja en el otro, es decir, sentirse parte del otro e integrarlo a la propia vida dentro de una gamma amplia de situaciones y espacios. Con base en este razonamiento, el objetivo del presente estudio fue diseñar un instrumento para medir la forma en la que mujeres mastectomizadas enfrentan la cirugía y su pareja, así como analizar la relación entre los estilos de enfrentamiento y la percepción de cercanía.

Por lo tanto, se considera importante señalar la relevancia metodológica de este estudio, ya que una preocupación inherente al estudio del enfrentamiento ha sido el desarrollo de instrumentos para evaluarlo en distintos contextos y tomando ciertas variables en cuenta como los estilos de enfrentamiento y SIDA realizado por López Becerra (1999), con el fin de examinar cuáles son los estilos de enfrentamiento usados por los adolescentes para enfrentar la amenaza de SIDA; el enfrentamiento en mujeres con cáncer cervico-uterino, revalidación de un instrumento para la evaluación de las estrategias de enfrentamiento, (Montiel Carvajal et. al., 1996). En 1990 Bowman desarrolló el Inventario de Enfrentamiento Marital, instrumento que consiste en cinco subescalas de enfrentamiento: conflicto, auto-culpa, aproximación positiva, auto-interés y evitación. Por su parte, Lvinger y Pietromonaco (1989; cit. en Sánchez Aragón y Díaz Loving, 2001) diseñaron el Inventario de Estilos de Enfrentamiento donde explican que la gente tiene estilos característicos para manejar el conflicto interpersonal. Observando así, que un común denominador de los conceptos y operacionalizaciones del enfrentamiento es el estrés, por lo tanto, en el caso de las mujeres mastectomizadas, constituye un foco de interés de primera línea evaluar cómo impacta su condición en la forma de responder ante su pareja, además de brindar un instrumento específico para esta población que arroja tres estilos de enfrentar su situación de mastectomizada y cómo lo enfrenta ante su pareja, y que puede ser utilizado para lograr un entendimiento más completo de este aspecto.

Por último, la importancia social radica en comprender más a fondo la situación psicosocial-afectiva de la mujer que ha sido mastectomizada y cómo lo refleja ante su pareja, saber con más exactitud que es lo que esta sintiendo, viviendo y enfrentando en ese momento tan "doloroso" como ellas mismas lo describen, para lograr un mejor entendimiento de estas situaciones y en un futuro, a partir de esta investigación empírica se logre la integración de esta mujer mastectomizada y su pareja a una mejor situación de vida, a partir de talleres y terapias de pareja, buscando tanto la intervención como la prevención.

Nuestro Reto es...
Vivir sin acordarnos
Que existe el tiempo
Compartiendo día a día
Crisis y temores
Entrentando recurrencias
Viviendo aún a pesar del
Llamado de la muerte esto es
Y ha sido nuestro logro más difícil.
Nuestro Reto ya tiene una razón de ser y
Tú... formas parte de Él.
CECILIA (1940-1989)

CAPÍTULO 1. TEORÍA BIO-PSICO- SOCIO-CULTURAL DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Amor, despiértame a la hora bendita, alucinada,
En donde un hombre solloza víctima de sí mismo y ábreme
Las puertas de la vida. Yo entrare silencioso hasta tu corazón,
Manzana de oro, en busca de la paz para mí duelo. Entonces amor mío, joven
mía, en ráfagas la dicha placentera será nuestro universo. Despiértame y
espérame, amoroso amor mío.
Efraín Huerta.

"El estudio e investigación psicosocial encaminada a indagar la forma en la cual se desarrollan y mantienen las relaciones interpersonales, surge de la premisa sobre la necesidad de los seres humanos a la dependencia, como una forma de sobrevivir. Esta interdependencia entre seres humanos es inicialmente entendida como apego y afiliación hacia alguien en particular por quien se siente atracción. Debido a la complejidad, y a la importancia e influencia de las relaciones íntimas en la sobrevivencia, evolución y significación de los seres humanos, se hace necesario crear aproximaciones teóricas y empíricas que permitan escudriñar en su significado, dinámica y funcionamiento" (Sánchez Aragón 2000, p.1).

Así, que es necesario localizar una teoría integral que nos guíe en el proceso de conjunción de una pareja y la identificación de interrelaciones entre las múltiples facetas, conceptos y dinámicas de la relación de pareja, dentro de un ecosistema particular.

Con la finalidad de establecer un método sistemático, riguroso, estructural y funcional, que permita definir, categorizar, diagnosticar, y por tanto indicar la relación y temporalidad de una serie de variables vinculadas a las relaciones de pareja, Díaz Loving (1996) propone una estructura teórica y explicativa basada en una perspectiva bio-psico-socio-cultural (Díaz Guerrero, 1972), que de orden al área de las relaciones de pareja. De esta manera, propone una teoría, que concibe aspectos históricos y por lo tanto de la evolución y desarrollo de cada concepto a través de las culturas; biológicos, vinculados primordialmente a las necesidades básicas del ser humano de vivir en compañía y en forma interdependiente y social; psicosociales, que apuntalan las normas, papeles y estatus intrínsecos a

las relaciones del ser humano, así como los procesos de formación de impresiones, atribución e influencia social, presentes en el acontecer cotidiano y que afectan a las expectativas, actitudes, perspectivas, valores y percepción; en fin, la visión subjetiva de cada individuo de las emociones e intercambios, tanto culturales como cognoscitivos, que se dan en la relación de pareja; y, por último, culturales ya que los matices, las formas, los colores y, todas estas distinciones de cómo es que la gente debe comportarse para demostrar e interpretar los afectos, se dan dentro de un contexto cultural.

En este sentido, es evidente que el ecosistema humano incluye no solamente los aspectos de tipo geográfico, sino también aquellos aspectos que tienen que ver con las elaboraciones humanas, tanto en su cultura subjetiva (lo que piensa, actúa y siente), como en su cultura objetiva (lo que construye) (Triandis, 1994).

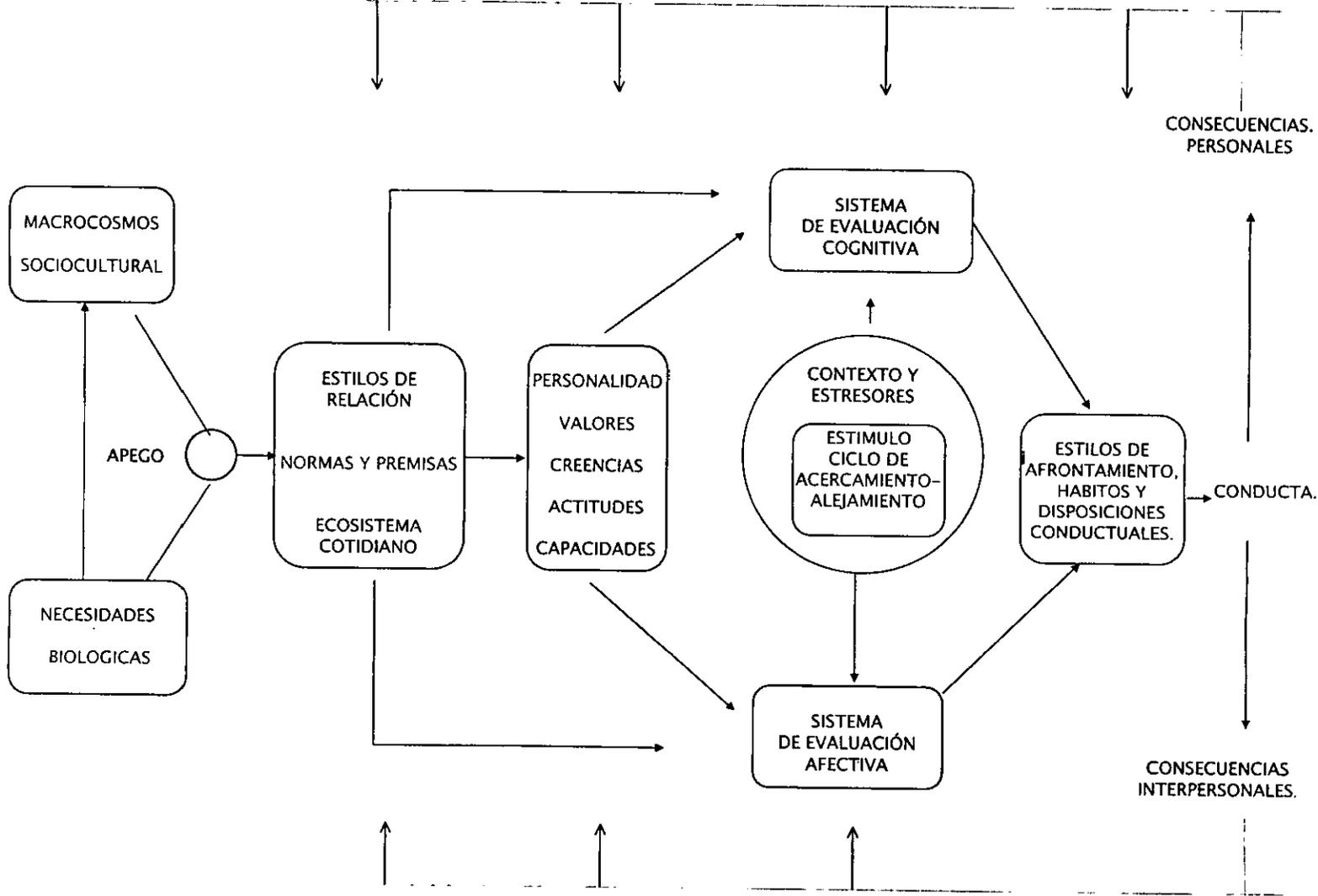
Así, la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la relación de pareja se esquematiza en la siguiente pagina. (Ver figura 1)

1.1__COMPONENTES DEL MODELO TEÓRICO DE LA RELACIÓN DE PAREJA

1.1.1 COMPONENTE BIO-CULTURAL.

Díaz Loving (1999) menciona que para poder entender una relación de pareja, se debe considerar que para los seres humanos, más que para ninguna otra especie, las necesidades de afecto, apego, cuidado, cariño, interdependencia, compañía y amor, son necesidades genéticamente básicas y determinantes para la sobrevivencia de la especie. Haciendo referencia a la importancia del establecimiento de un vínculo emocional que une a las madres con sus infantes, lo cual en los seres humanos, existe amplia evidencia sobre los inherentes incrementos en conflictos y patologías emocionales y sociales presentes ante la falta de interacción cercana y frecuente con la madre y/o otros humanos afectuosos en la etapa de desarrollo temprano (Morris, 1977).

Confirmándose la importancia del factor biológico en establecer y conducir las interacciones emocionales tempranas y de la importancia de éstas en el aprendizaje de relaciones afectivas para la vida adulta que son de



sobremodera necesarios para la sobrevivencia de los individuos, por lo cual este factor, representado en la teoría por las necesidades de seguridad, compañía, afecto, amor y cercanía, se manifiestan en nuestras vidas, en las relaciones tempranas, y sirven como eje posteriormente para manifestar rechazo o cercanía con otras personas.

Así, Díaz Loving (1999) menciona que las características biológicas incluyen también el potencial de desarrollar cultura y transmitirla a través del uso del lenguaje. En otras palabras, es determinante para el desarrollo de un macro-ecosistema socio-cultural, el cual rige los parámetros conductuales aceptables en nuestra especie. En el modelo, el macro-ecosistema socio-cultural se presenta como derivado de nuestra herencia genética. Independientemente de la socio-cultura particular, todas las culturas presentan normas sobre relaciones interpersonales que incluyen interdependencia, respeto, reciprocidad, etcétera.

1.1.2 COMPONENTE SOCIOCULTURAL.

Existe un elemento esencial en el estudio de las relaciones de pareja y de cualquier proceso psicológico presente en un individuo. Este elemento tan significativo y determinante a la vida del individuo y su percepción de su realidad es el Macrosistema Cultural, el cual se enfoca en las características de un grupo homogéneo de gente de diferentes regiones geográficas dentro de una nación que puede ser caracterizado en términos de variables objetivas culturales de sus miembros, tales como etnicidad y vestimenta o bien, variables subjetivas culturales como religión, valores familiares, actitudes, creencias, por lo cual tienen estilo de vida común (Sánchez Aragón, 2000).

El amor, el poder, los celos, la intimidad y las diferencias sexuales, interactúan constantemente con el macro-sistema sociocultural en el establecimiento de figuras sociales y aprendidas. Por lo cual, Díaz Loving (1999) explica que las características biológicas no se dan en un vacío, se desarrollan, evolucionan y modifican en interrelación constante con pautas socioculturales.

Cabe explicar entonces que de acuerdo a lo anterior, cuando nace una niña o un niño, existen una serie de expectativas de cómo se va a desarrollar y se basan en el comportamiento consistente hacia un sexo o a

otro, modificando el sexo biológico hasta lograrse amoldar a las características asignadas por la cultura. Al pasar el tiempo, el sexo llamado biológico se convierte en un proceso social denominado género, una construcción social de un hombre y una mujer en términos de papeles sociales, y una elaboración psicológica de lo que es masculino y/o femenino (Díaz Loving, 1999). En otras palabras, de lo que esperamos que sea bueno o malo, normativo, ideal o típico, para hombres y mujeres. Estas diferenciaciones son centrales en la creación de expectativas, normas, interpretaciones que rigen la forma diferente en que hombres y mujeres viven todo lo concerniente a las relaciones íntimas. La exaltación del noviazgo por parte de los hombres y del matrimonio por las mujeres sería un ejemplo de esto (Díaz Loving, 1999).

Las normas, reglas y papeles específicos de la interacción humana, idiosincrásicas a cada grupo cultural forman parte de lo que Triandis (1994) denomina Cultura Subjetiva, y esta se encarga de regular la forma en que se desarrollan las interacciones íntimas entre otras cosas. En el modelo de Díaz Loving (1999), estas restricciones particulares, emanan directamente del macroecosistema cultural. A fin de operacionalizar las normas y patrones de conducta sociales y culturales, Díaz Guerrero (1982) establece que una sociocultura es un sistema de premisas interrelacionadas que norman los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de interacción dentro de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo y con quién y cómo desempeñarlos.

Así entonces, Díaz Guerrero (1994) explica que las normas de interacción humana son transmitidas e inculcadas a través de los procesos de socialización (reforzamiento y castigo de las conductas esperadas), endoculturación (la presencia de modelos que realizan las conductas "adecuadas"), o aculturación (presiones de culturas opcionales hacia nuevas conductas esperadas). Las premisas socioculturales no solo predicen las conductas aceptables por realizar en ciertas situaciones en un grupo particular, sino que también permean las expectativas, interpretaciones y evaluaciones que se dan en torno a las interacciones humanas.

Cabe entonces mencionar, que la definición y establecimiento de estructuras y fenómenos como el matrimonio, el noviazgo, la infidelidad, se desprenden directamente de la conceptualización y premisas de una sociocultura particular.

1.1.3 COMPONENTE INDIVIDUAL.

A través de los procesos de socialización, endoculturación y aculturación, la sociedad, la cultura, el grupo y la familia enseñan a las nuevas generaciones cuáles son las premisas y expectativas de cómo es que se llevan a cabo las relaciones humanas en general, y las relaciones de pareja, de amor, de afecto, en lo particular. La interacción dinámica, dialéctica y constante a través de la vida de las características biológicas esenciales a todos los seres humanos, representado en el individuo por sus necesidades bio-psíquicas, y las pautas señaladas por el marco eco sistémico sociocultural, representado en el caso intracultural por las premisas socioculturales de la familia, la escuela, los medios de difusión y los amigos, desemboca en el desarrollo de rasgos, valores, creencias, actitudes y capacidades que los individuos utilizan en sus relaciones interpersonales (Díaz Loving, 1999).

Es obvio, que la interacción tiene diferentes efectos, dependiendo del tipo de cultura en la que sé esta inmerso -como ya se mencionó en el Componente Sociocultural-. En las culturas descritas por Triandis (1994) como colectivistas, el afecto, la pareja y las relaciones de familia, son centrales. Si un sujeto autónomo e independiente se confronta con una cultura colectivista, lo más seguro es que le sea difícil entender y sobrellevar constantemente las premisas socioculturales de ese lugar, sin embargo, a la larga moldeará su forma particular de enfrentar e interpretar las relaciones cercanas (Sánchez Aragón, 2000).

De acuerdo a Díaz Loving (1999), menciona que existen una serie de teorías que han surgido para estudiar el efecto de las características individuales (personalidad, valores, patrones de atribución, capacidades, actitudes, etc.), sobre la formación y evolución de las relaciones de pareja. Por ejemplo, la Teoría Psicosexual del Amor (Freud, 1950), la Teoría del Apego y el Amor (Shaver, Hazan y Bradshaw, 1988), la Teoría del Amor Romántico (Dion y Dion, 1988) y la Visión Humanista del Amor (Maslow, 1945) son teorías que enfatizan la niñez, y a experiencias de la vida temprana como moldeadores del desarrollo de la personalidad, que a su vez contribuye a la forma en que los individuos experimentan sus relaciones amorosas.

La interacción de las premisas socio-culturales con la personalidad, y su efecto sobre las relaciones interpersonales, se hace evidente en una cultura como la mexicana, en la cual las normas prescriben que las personas deben ser amables, educadas, corteses, así como románticas y

sensibles (La Rosa y Díaz Loving, 1991; cit. en Díaz Loving, 1999), lo cual implica una mayor posibilidad de entablar y mantener relaciones íntimas.

De acuerdo a este componente individual de la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de Díaz Loving (1999), explica que las características individuales, a su vez, influyen en el estilo de enfrentar las relaciones. También los hábitos están inmersos en una filosofía de cómo se llevan las relaciones interpersonales. De esta manera, las características de personalidad, los estilos y la filosofía de vida, conllevan a hábitos y estrategias muy particulares de cómo confrontar diferentes estímulos (operantes), contextos, situaciones y personas.

En reiteradas ocasiones, Díaz Guerrero (1973, 1979) ha distinguido en la cultura mexicana un estilo de confrontación en el que el sujeto intenta cambiar a los demás (autoafirmación), de un estilo, en el que la persona se modifica a sí misma para agradar a los demás (auto-modificación). Resulta evidente que el tipo de interacciones humanas producidas por estas formas de relaciones, diferiría sustancialmente. Aspectos como dependencia, cercanía y compromiso, serían típicos de personas cuya filosofía de vida es de automodificarse; mientras que la autonomía y el romance, serían prevalentes de las relaciones de personas autoafirmativas.

1.1.4 COMPONENTE EVALUATIVO

Los seres humanos, consistentemente evalúan estímulos que pueden ser otras personas o situaciones de la vida cotidiana. El sistema de evaluación esta prescrito fuertemente por las características previas como el historial de apego, la internalización de las normas socioculturales que rigen las relaciones interpersonales, la personalidad, etc. De esta forma, cuando se conforma una relación se espera que la evaluación que se hace de dicho estímulo (la persona) sea diferente ya que depende de la composición de elementos antecedentes particular a cada persona y del vínculo que se tiene con ella (Sánchez Aragón, 2000).

Así, cuando se unen los componentes individual y cultural e interactúan con la persona / situación-estímulo, el sujeto evalúa su relación y compañero a dos niveles: cognoscitivo y afectivo. Tomando en consideración la importancia de este sistema de evaluación y sus niveles, se puede ver que existen varias teorías que explican su funcionamiento

individual e interaccional dentro de la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural (Díaz Loving, 1999).

No obstante la cantidad de teorías que pretenden explicar la forma en la que trabaja este sistema, el énfasis del modelo teórico mencionado, se encuentra en el Ciclo de Acercamiento-Alejamiento presentado posteriormente.

▷ SISTEMA DE EVALUACIÓN COGNOSCITIVO.

Para Díaz Loving (1999) el sistema de evaluación cognoscitivo, representa la valoración que hace un individuo de las personas o situaciones que se le presentan. Las funciones clave de este sistema, incluyen la evaluación de características contextuales del estímulo y las circunstancias relacionadas, integración de toda la información relevante, formalización de estrategias de respuesta y generación de expectativas y/o predicciones de los resultados conductuales.

Para Sánchez Aragón (2000), este sistema, es un mecanismo usado para analizar las características del estímulo, e incluye recolectar información, codificarla e integrarla a nivel perceptual convirtiendo al estímulo externo en información implícita que se puede usar para posteriormente formar disposiciones conductuales y respuestas abiertas. El considerar al sistema de evaluación cognoscitivo como un área cardinal del modelo teórico en cuestión, señala la importancia que tiene el procesamiento de información (la percepción, codificación, interpretación e integración de información relevante) en la posibilidad de establecer, mantener o terminar una relación interpersonal con una persona estímulo.

Dada la relevancia de la etapa en la que una pareja se encuentra en su proceso de vida y de la importancia de este proceso dual entre cogniciones y emociones en la apreciación de otra persona, se hace necesario para contextualizar mejor, explicar el segundo sistema de evaluación que es el afectivo.

▷ SISTEMA DE EVALUACION AFECTIVO.

De acuerdo a Díaz Loving (1999) el sistema de evaluación afectivo consiste en el sentimiento y actitudes subjetivas de un individuo sobre una persona y/o situación estímulo que facilitará al sistema de evaluación cognoscitivo, la formalización de estrategias de enfrentamiento. En el estudio de las relaciones interpersonales, este sistema ha sido generalmente, el criterio primario usado para describir fenómenos como el gusto, la atracción y el amor. Esto se debe a la tendencia del individuo a juzgar eventos nuevos en términos de significados emocionales, es decir, en función del gusto o disgusto por aquello que le estimula.

Los modelos que explican las emociones experimentadas ante la presencia de una persona y/o situación, proponen que ciertos estímulos evocan una reacción fisiológica en el sistema nervioso central, lo cual provoca una respuesta emocional. El amor, en este contexto, es la etiqueta aplicada a tal respuesta emocional. Esta aproximación esta también vinculada cercanamente, a la orientación cognoscitiva porque asume que la excitación fisiológica es el determinante de la etiqueta cognoscitiva que se le pone a tal excitación (Sánchez Aragón, 2000).

1.1.5 Ciclo Acercamiento-Alejamiento.

El ciclo de Acercamiento-Alejamiento de Díaz Loving (1999) retoma variables más psicológicas propias de la pareja y su proceso como unidad. Además contextualiza el establecimiento, desarrollo, mantenimiento y disolución de una relación interpersonal en términos de un Ciclo basado en la percepción personal del nivel de cercanía o lejanía de la pareja.

La propuesta teórica de un ciclo de Acercamiento-Alejamiento de la pareja, permite establecer y categorizar el tipo de relación e información que los miembros de una pareja están procesando desde la percepción hasta la interpretación del otro como un estímulo. Dependiendo del grado de Acercamiento-Alejamiento en que se encuentra la relación, cada miembro va a evaluar cognoscitiva y afectivamente tanto a la persona estímulo como al contexto en el que se presenta ésta.

Para este autor (Díaz Loving, 1999), una relación involucra una serie de interacciones (reales o imaginadas) a través del tiempo, de manera que cada episodio es afectado por eventos anteriores, en conjunto con las expectativas del futuro. Desde la perspectiva de la diada participante, la relación implica sentimientos, emociones, atribuciones, deseos, esperanzas, desilusiones, etc.; durante y entre interacciones, los participantes reflejan lo que les ha acontecido y lo comparan con lo que les gustaría que sucediera, o imaginándose lo que podría suceder. De cualquiera de las dos expectativas, cada relación existe a través del tiempo y es vista desde el ciclo de Acercamiento-Alejamiento como un constante flujo dinámico. Las etapas que describe este ciclo son las siguientes:

A) Etapa Extraño / Desconocido.

Esta etapa se considera el primer paso de una relación interpersonal, es decir, cuando uno de los sujetos percibe a otro como un extraño. En este contexto, se percibe y reconoce al otro, pero no se realizan conductas o cogniciones dirigidas al establecimiento de algún tipo de relación o acercamiento. En este nivel de cercanía, la información sobre el otro (a), contiene primordialmente aspectos físicos, externos y descriptivos. Levinger y Snoek (1972; cit. en Díaz Loving, 1999), describen esta etapa a través de dos círculos que no tienen contacto.

B) Etapa de Conocido.

Cuando ya hubo la percepción de que existe el otro, el individuo puede pasar a una etapa en la cual evalúa al estímulo, y con base en ello, categoriza a esta persona como alguien que podría convertirse en un conocido o mantenerse como extraño. Esta etapa se caracteriza por un cierto grado de familiaridad, y conductas de reconocimiento (saludos, sonrisas) en el ámbito superficial, aunado a una historia prospectiva, aunque manteniendo un bajo grado de cercanía o intimidad. De esta manera, al evaluar los encuentros casuales con el conocido, así como sus rasgos externos más sobresalientes, el sujeto pesa ventajas y desventajas de intimar, y decide si quiere continuar y hacer de ésta, una relación más cercana, alejarse de ella o simplemente mantenerla en el nivel de conocidos (Sánchez Aragón, 2000).

C) Etapa de Amistad.

Con la amistad se da una constante reevaluación que lleva al mantenimiento o incremento de la amistad, así como una definición de las normas y alcances de la relación. Cabe señalar que esta etapa puede incluir sentimientos de intimidad y cercanía profundos. Sin embargo, excluye aspectos románticos, pasionales o sexuales. Entonces, podremos decir que al decidir adentrarse la persona más en la relación, pasa a una siguiente etapa, en la cual, simple interés de quererse acercarse más a la relación implica una motivación afectiva común a la amistad, o en algunos casos, una motivación instrumental, en la que la persona piensa que la interacción ayudará en la solución de una serie de necesidades.

D) Etapa de Atracción.

La etapa de amistad ya concierne al término de atracción. Sin embargo, al referirnos a las relaciones íntimas de pareja, que incluyen en su definición más que amistad, la atracción cobra otros matices. Cuando las parejas inician la construcción de cogniciones inmiscuidas en intereses románticos, se cataloga como atracción. Surge la unión como motivo, y con él, la locomoción de acercamiento afectivo hacia el otro sujeto. Se hace más pronunciado el interés por conocer de, e interactuar con el otro (a), aunado a la búsqueda de formas y momentos de hacerse más interdependientes. Cabe recalcar que la mayor parte de la investigación experimental psicosocial, realizada hasta los años 70 se enfocaba primordialmente en extraer los determinantes de la atracción en primeras impresiones, centrándose de manera inequívoca en las etapas de desconocido, conocido, amistad y atracción (Díaz Loving, 1999).

E) Etapa de pasión y romance.

Para Díaz Loving (1999), en la etapa pasional, existe una respuesta fisiológica y una interpretación cognoscitiva de intensidad que define a la relación como una relación más cercana. La etapa de romance ha sido descrita por hombres y mujeres mexicanas como: comprensión, poesía, agradable, amor, etc., mientras que la etapa pasional incluye: sexo, arrebatos, ternura, amor y deseo.

De esta manera, la etapa rebosante de afecto e ilusión está vinculada a lo que los teóricos llaman romanticismo y devoción; mientras que la etapa de la pasión se conjunta de aspectos que tiene que ver con un involucramiento fisiológico que implica deseo, entrega, desesperación y que por lo regular es efímero.

Por lo tanto, al conjuntarse la etapa de atracción con alguna forma de satisfacción o excitación, que señala al sujeto lo adecuado de una mayor cercanía, entonces la persona pasa a la etapa a la que varios investigadores han estudiado bajo el nombre de amor romántico, o amor pasional.

F) Etapa de Compromiso.

Referida a aquellas situaciones en las cuales los individuos están de acuerdo en continuar dentro de su relación a largo plazo.

Históricamente, el compromiso de establecer una relación familiar a largo plazo era decidido por los padres o familia de la pareja, con base en una evaluación y justificación económica o de funcionalidad. En la actualidad, se ha hecho cada vez más común que la propia pareja tome la decisión de comprometerse debido más que nada a los factores de romance y pasión, decidiendo mutuamente si es adecuado comprometerse a una relación mas íntima y durante más tiempo. Es importante hacer notar que ahora que los compromisos se establecen con base en el amor, y debido a la fluctuación de algunas dimensiones de este proceso, se ha hecho más común que las personas cancelen el compromiso cuando desaparece el amor.

La cultura en su sagaz y perspicaz sabiduría, ha respondido indicando que el compromiso matrimonial, no creado originalmente para sustentar amor, sino funcionalidad en ocasiones se ha convertido en el sepulcro de los sentimientos de romance y pasión (Díaz, Loving. 1999).

G) Etapa de Mantenimiento.

Cuando el compromiso se consolida, requiere del proceso de mantenimiento. Puesto que esta etapa envuelve el diario convivir de la pareja a largo plazo, puede decirse que el mantenimiento es la base de la estabilidad y evaluación de la familia. Esta etapa involucra enfrentar y resolver los problemas e incógnitas que se presentan por la rutina, la llegada de los hijos, el sustento económico y emocional de la familia, el envejecer juntos y demás procesos que se den al estar juntos.

H) Etapa de Conflicto.

En aquellas situaciones en que la funcionalidad y el diario trajín de las relaciones provocan tensiones, las personas pueden sentirse frustradas, enojadas, irritadas o temerosas, estas reacciones forman la otra parte de lo placentero de la relación, ya que esta llena de cambios, obligaciones, presiones, etc., y que al no resolverse estas situaciones a corto plazo, pueden crear una relación en la cual el mantenimiento está rodeado de conflicto. Debemos recordar que la percepción y la evaluación de la relación es un proceso subjetivo, por el cual, en ocasiones, la pareja no se pone de acuerdo con la definición o existencia del problema. Al considerar que tradicionalmente las mujeres enfatizan más la relación, no resulta extraño que ellas sean las que busquen ayuda más a menudo, y que los hombres indiquen que la relación parece estar bien y tranquila, al mismo tiempo que su pareja la percibe como aburrida.

Cuando el conflicto es recurrente, y el mantenimiento ya no resulta placentero o funcional para uno o los dos miembros de la pareja, se desarrolla de lleno la etapa de conflicto. Por lo general esta serie de condiciones es lo que lleva a la gente a buscar ayuda externa, y en ocasiones hasta apoyo profesional.

I) Etapa de Alejamiento.

En esta etapa contraria a la de atracción, todo aquello que nos parecía unir y ver lo mejor de la pareja, ahora parece alejarla, dado que las personas se lastiman durante la relación, se va optando por una estrategia de evitación del cotidiano contacto de pareja. Desaparece el gusto por interactuar y conocer a la pareja; Al mismo tiempo, aparecen mayores sentimientos de frustración y temor al interactuar.

La evaluación de la interacción se presenta sin aspectos positivos y atractivos, y a su vez, fortalece los aspectos negativos, incluyendo en algunos casos, hasta el hostigamiento físico y/o psicológico. Este sentir de la problemática de la pareja, es lo que da la pauta para la siguiente etapa.

J) Etapa del Desamor.

Esta etapa es cuando la evaluación de la interacción se presenta con aspectos puramente negativos, lo cual lanza a los miembros de la pareja a considerar que su relación esta rodeada por el desamor, situación en la cual, no sólo no hay gusto por conocer o interactuar, sino que se busca activamente evadir y evitar al otro miembro de la pareja.

K) Etapa de Separación.

En el momento en que la relación se torna insoportable, inmediatamente se vuelven más atractivas otras opciones (dejar la relación o tener otra pareja), y el descontento con la relación hace evidente que lo más adecuado es separarse. En esta etapa, el compromiso ya no es con la relación, ahora el compromiso individual es lograr la separación. Una relación en la cual se ha decidido no continuar más, produce un rompimiento que legalmente puede ser sancionado con el divorcio.

L) Etapa del Olvido.

Después de la separación, no es poco común que se presenten intentos por reintegrar a la pareja, sobre todo al comparar la situación de soledad, o de la nueva relación, con una re-evaluación positiva de la antigua vida de pareja. Sin embargo, al paso del tiempo, y con la absorción en las actividades de la nueva selección, se pasa a la última etapa, la que cierra el círculo de la relación y del Acercamiento-Alejamiento, el olvido.

Las consideraciones del ciclo de Acercamiento-Alejamiento de Díaz Loving (1999) son las siguientes:

- Cada miembro de la pareja, puede pasar con un orden distinto a través de las diferentes partes de este ciclo.
- Los miembros no siempre viven en la misma categoría que su pareja.
- En la etapa de mantenimiento, aspectos como la intimidad y el compromiso pueden mantenerse constantes a largo plazo, mientras que otros aspectos como la pasión y el romanticismo, tienden a ser

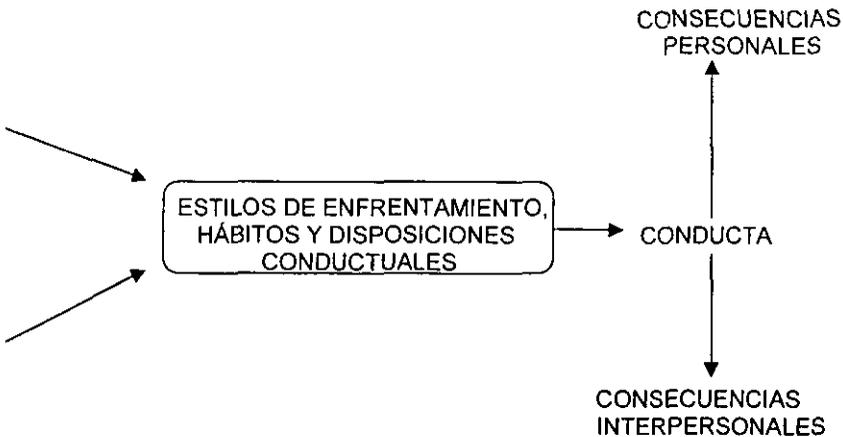
variables, y por tanto, de tipo cíclico, apareciendo y desapareciendo dentro de la relación.

- El modelo del ciclo de Acercamiento-Alejamiento, no intenta ser determinista en el patrón de evolución de las relaciones. Algunas personas llegan a una etapa y no necesitan continuar a etapas posteriores, y otras revierten o brincan de una etapa a otra no-contigua.
- El círculo de Acercamiento-Alejamiento considera aspectos primordialmente psicológicos. Esto no significa que variables sociológicas no deben ser contempladas dentro del ciclo vital de la relación sino que pueden ser adicionados para crear una matriz, que retome la interacción psicosocial.
- Las etapas de la relación, enmarcan el estímulo al que responde el miembro de una pareja. Al percibir al otro (a), la persona evalúa tanto cognoscitiva como afectivamente a la pareja, el contexto social y la etapa de la relación en que se encuentra.

1.1.6 COMPONENTE CONDUCTUAL.

La relación de pareja contiene dos elementos fundamentales de acuerdo a (Díaz Loving y Andrade Palos, 1996). El primero corresponde a las características individuales de cada uno de sus miembros provenientes de su historia de apego, el grupo cultural al que pertenece, su personalidad que guía la forma de percibir y evaluar su mundo interno y externo.

Y el segundo elemento concierne al estudio de los efectos, reacciones y conductas que se gestan en un individuo a partir del primer elemento y durante la interacción de pareja. Al emitir la conducta, esta trae consigo dos principales tipos de consecuencias: a nivel personal y a nivel interpersonal. Es decir, la conducta tiene un impacto y una interpretación social de alejamiento o acercamiento del sujeto hacia la pareja



Como se puede observar en el esquema, dentro del componente conductual, están involucrados varios factores funcionales en respuesta a cualquier estímulo:

El primer factor considerado **estilos de afrontamiento**, es referido a la manera de reaccionar de cada individuo a partir de experiencias previas con situaciones similares, la persona por lo regular suele enfrentar dos situaciones muy comunes, una es la manera de responder a eventos que pasan en su familia, aquí el individuo ya genera respuestas más directas, debido a la experiencia previa en el asunto y la segunda, es cuando se enfrenta a situaciones nuevas, aquí la gente hace una evaluación cognoscitiva y afectiva para elegir la mejor estrategia de afrontamiento para esa situación particular.

El segundo elemento, son las **disposiciones conductuales**, estas son el resultado de la evaluación cognoscitiva y afectiva que se llevo a cabo, es la forma o estrategia que tiene el sujeto para responder ya sea de manera negativa o positiva que tiene como consecuencia una forma de conducta específica, ya sea de rechazo, ataque o aproximación.

En el tercer punto, que ya es cuando se **genera la conducta**, el individuo utiliza una serie de mecanismos prácticos como respuesta a cualquier estímulo.

◆ El primero consiste en retomar estrategias de afrontamiento implícitas, desarrolladas previamente.

◊ En el segundo, el individuo genera una serie de disposiciones conductuales.

◊ Dentro de este mecanismo, la persona elabora una evaluación entre las disposición o expectativa que tiene en ese momento con los hábitos que ya adquirió previamente.

El elemento de **conducta abierta**, es el paso funcional que representa la manifestación de esta conducta a partir de las disposiciones generadas. Esta conducta puede ser socialmente aceptable o no. La conducta provocada por el estímulo, vinculada con aspectos antecedentes como necesidades biológicas, aspectos de tipo sociocultural y de personalidad, evaluadas por el sistema de evaluación cognoscitiva y afectiva y monitoreado por los hábitos conductuales dan la pauta hacia la manifestación de la conducta abierta. Durante el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales, esta fase representa una expresión de conductas abiertas verbales y no verbales, actitudinales o conductuales. Conductas abiertas comunes pueden ser la intimidad, límites entre dos personas expresados como cercanía física, ofrecer apoyo, compartir y comunicarse en forma verbal. En esencia, las conductas abiertas son la manifestación de toda aquella conducta que conduzca al inicio o mantenimiento de una relación interpersonal. Estas conductas son específicas a cada individuo y a cada relación, y están basadas en teorías implícitas de cada individuo involucrado, cabe mencionar, que la conducta abierta seleccionada y producida, necesariamente crearán consecuencias de tipo social (interpersonales y personales) que servirán para reforzar y dar forma a las evaluaciones y/o conductas subsecuentes (Sánchez, A. 2000).

Es de suma importancia mencionar que del modelo de la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la pareja, para el presente estudio se van a retomar el análisis y variables ubicadas en el componente conductual, mostrado anteriormente, considerando a los estilos de enfrentamiento como disposiciones conductuales hasta la conducta generada que sería la manifestación de la cercanía con la pareja.

CAPÍTULO 2 El Enfrentamiento

La adversidad es el polvo de diamante
con el que el cielo pule sus joyas.

Robert Leighton.

Una vez que los componentes biológico, cultural, social y psicológico ya fueron experimentados por el individuo, éste logra internamente un entendimiento y evaluación cognoscitivo-emocional de la persona estímulo, lo que le da la pauta para que la reevalúe y busque la mejor estrategia para responder a dicho estímulo.

2.1 Diferentes formas de atribuir: coping

Ahora bien, a lo largo de este estudio se hará uso del término de enfrentamiento como equivalente de coping, ya que es la manera más adecuada de referirse a la variable que se abordará en esta investigación, ya que enfrentamiento, como el mismo concepto lo dice, es la manera de encarar ciertos obstáculos que dificultan el desarrollo de la persona, entorpeciendo así, la interacción con otras personas. Cabe mencionar que existen diversos vocablos en español para referirse a este concepto, son tres las palabras más usadas para el término de coping: enfrentamiento, utilizada por McConell (1988); afrontamiento término ocupado por Lazarus y Folkman (1984) y estilos de confrontación utilizado por Díaz Guerrero (1994). En el caso de estos tres términos, en la vida cotidiana afrontar algo o enfrentarse a alguien no va a tener el mismo significado que confrontar algo o el enfrentamiento a alguien o la confrontación con alguien, por lo cual hay que tener cierto cuidado y ser específicos en el uso o aplicación de cada uno de estos términos.

2.2 Definiciones de Enfrentamiento.

El concepto de Enfrentamiento, ha sido de gran importancia en el estudio del individuo y de su relación con el medio ambiente pues trata de explicar la forma de reacción ante sucesos inesperados por el individuo.

Se encuentra el concepto de enfrentamiento en dos clases de literatura teórico y empírica muy diferentes: Una se desprende de la

experimentación tradicional con animales en donde existe influencia clara de la teoría de Darwin según la cual la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos, por lo tanto, se define al enfrentamiento, desde esta perspectiva como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, y así se disminuye el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. La segunda aproximación teórica es referida a la psicología psicoanalítica del yo, determinando al enfrentamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés.

Al elaborar una reflexión acerca de estas dos aproximaciones teóricas, se observa una diferencia principal, en la forma de abordar el concepto de enfrentamiento y radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno, es decir, aunque la conducta no queda del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognoscitivo.

Siguiendo esta misma línea, para Menninger (1963), Haan (1969,1977) y Vaillant (1977) brindan una jerarquía en la que el enfrentamiento representa a los procesos más organizados o maduros del yo; a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación y, por último, se encontrarían los procesos que Hann (1969,1977) llama de fragmentación o fracaso del yo, que a su vez Menninger (1963) los considera como niveles regresivos o psicóticos de conducta. Una visión que estos autores nos proporciona es la existencia de varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno.

Murphy fue uno de los primeros investigadores en concretar este concepto; él lo definió como: "Cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante". (cit. en López Becerra 1999, p. 9)

Para Pearlin y Schooler (1978), es una forma de mecanismo de defensa muy personal o interiorizada en contra de peligros que surgen de contextos fuera del control de las personas y a raíz del tipo de defensa que presente ante cierta situación va a manifestarla como conducta que protegerá a este individuo de un daño psicológico derivado de experiencias sociales problemáticas.

Por su parte Díaz Guerrero (1979) considera que los estilos de confrontación utilizados en sus estudios sobre cultura y personalidad, provienen de la cultura, ya que considera que muchas de las características del ser humano provienen de la filosofía de vida propia de su cultura, es decir, la manera de pensar de uno mismo, la visión que se tiene de los demás y la forma de vivir la vida.

De acuerdo a las enunciaciones anteriores, desde la perspectiva de Lazarus et al., (1984) definen al enfrentamiento como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El enfrentamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (enfrentamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción). Una aseveración importante que hacen estos autores es que al enfrentamiento lo ven como el manejo de..., evitando así equiparar al enfrentamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

En la vertiente de conceptualizaciones obtenidas por los autores mencionados con anterioridad, se ha observado un común denominador y es la relación tan estrecha que tiene el aspecto cognoscitivo y el emocional que se presentan en las conductas de los individuos cuando tienen que responder ante ciertas situaciones. Sin olvidar, claro esta de la influencia del contexto social que los rodea.

2.3 Modos de enfrentamiento.

Así, cuando el ser humano se siente amenazado por ciertas circunstancias, va a presentar alguna reacción o disposición de tipo cognoscitivo o emocional, o su mezcla. Algo interesante al respecto, es que diferentes autores han distinguido y a la vez confrontado versiones alternativas de los estilos de enfrentamiento, por ejemplo:

+ Esfuerzos de Enfrentamiento: acciones específicas tomadas en situaciones particulares, que intentan reducir problemas que provocan estrés (Bowman, 1990).

+ **Conducta de Enfrentamiento:** es el patrón conductual que facilita el ajuste al ambiente con el propósito de lograr alguna meta (Wolman, 1973).

+ **Mecanismos de Enfrentamiento:** estrategia conductual desarrollada a partir de experiencias previas con situaciones similares (Gabrieldis, Ybarra, Stephan, Pierson y Villareal, 1997).

+ **Estilos de Enfrentamiento:** medios por los cuales el individuo concilia con los motivos de estrés y hace uso de las oportunidades que se le presentan. Es la organización psicológica conformada por diferentes medios empleados por la persona con propósitos adaptativos (Maslow, 1954 en Sánchez Aragón, 2000; p.151).

Por su parte, Lazarus et al., (1984) también observaron características similares, explicando que en primer lugar en lo que respecta a la característica de **esfuerzos de enfrentamiento**, se podría pensar intuitivamente que enfrentar una situación es intentar controlarla, ya sea modificando el entorno, cambiando el significado de la situación y/o controlando las propias conductas y emociones, realmente al referirse a control esta hablando de los esfuerzos cognoscitivos o conductuales desarrollados para enfrentarse a una situación estresante; en lo concerniente a la **conducta de enfrentamiento**, son los condicionantes personales que incluyen valores y creencias culturales interiorizadas que proscriben ciertas formas de conducta. Al hablar de **mecanismos**, mencionan que los sistemas de enfrentamiento basados en el modelo de la psicología del yo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad hasta mecanismos más evolucionados y por último con lo que se refiere a **los estilos de enfrentamiento**, representan formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o el que carece de poder, el amigable o el hostil, el controlador o el permisivo, o a tipos particulares de situaciones tales como ambiguas o claras, inminentes o alejadas, temporales o crónicas, evaluativas o no evaluativas. Se consideran dos dimensiones formales del concepto de estilo: la complejidad y la flexibilidad, por lo cual se llevara a cabo un uso indistinto de este término, para evitar contradicciones.

De acuerdo a López (1999) define al estilo de enfrentamiento como un recurso de enfrentamiento interno, que consiste en la tendencia general de la persona de negociar con los eventos estresantes dentro de un camino particular.

A partir de las características que describen el modo de enfrentar cualquier amenaza por parte del individuo, es necesario señalar las causas para que surja un modo de responder ante esta coacción:

1. Tensiones de la vida como conflictos, amenazas y frustraciones, se entienden como aquellos problemas que se mantienen y que tienen potencial para producir una amenaza.
2. Estrés emocional que la gente siente (experiencia de tristeza emocional que se centra en los sentimientos displacenteros) y el grado en el cual experimenta síntomas de depresión y ansiedad (Sánchez Aragón y Díaz Loving 2001). Ahora se describirán estas causas.

Un factor principal y generalizable que es el detonante para que surjan estas reacciones ante situaciones o persona estímulo, es conocido como **estrés**. A principios del siglo XIX, ya se hablaba de este término, haciendo referencia a la potencia que se crea en el interior del cuerpo como consecuencia de la actividad de una fuerza externa, que tiende a alterarlo.

Barrientos (1992), ha descrito que el concepto de estrés fue formalmente introducido en los textos de Psicología a raíz de los estudios del fisiólogo Walter Cannon en 1932, y se interesó principalmente por los procesos de adaptación fisiológica de los organismos e introdujo el concepto de "homeostasis" para describir el equilibrio entre el organismo y su ambiente físico. Este delicado equilibrio puede romperse cuando los elementos del medio ambiente cambian a grado extremo de falta de agua, de alimento, de abrigo, producen carencias vitales en el organismo, el cual trata de sobrevivir haciendo uso de todos sus recursos y reservas. Si las carencias o presiones del ambiente persisten más allá de la resistencia del organismo, éste entra en un período de crisis en el cual se rompe el equilibrio homeostático y, finalmente, puede sobrevenir la muerte.

Por otro lado, Selye (1976) consideró al estrés como una amalgama coordinada de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (se incluyen las amenazas psicológicas); reacción que él llamó síndrome general de adaptación. El estrés no era una demanda ambiental (a la cual Selye llamó estímulo estresor), sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

Jex, Beehr, y Roberts, (1992), también le conceden un papel importante a este factor y lo han definido al menos de tres formas diferentes: como un estímulo, como una respuesta y como las relaciones entre estímulo-respuesta.

Así, la definición de estrés como un estímulo, considera que se debe de focalizar la atención sobre los estresores (que pueden ser cualquier evento) que requieren algún tipo de respuesta adaptativa. En este contexto, estrés significa cualquier fuerza externa sobre una persona.

Por otro lado, una tesis de estrés como respuesta del sujeto, esta asociada a los estresores del entorno. Es referido este estrés, como la reacción del organismo ya sea psicológica, sociológica o comportamentalmente.

Por último, el estrés puede ser explicado como la relación estímulo-respuesta, y se hace referencia a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo.

Es sabido que, frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognoscitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar lo que les causa conflicto en ese momento (estrés) se conocen en el ámbito de la psicología comportamental como estrategias de o estilos de enfrentamiento (coping) (G. Omar, 1995).

Así, se ha observado que a lo largo del tiempo cierto tipo de estrategias de respuesta se encuentran presentes en el repertorio conductual de los individuos y les han servido de defensa cuando se presentan situaciones que en algún momento de su vida les han ocasionado problemas, estrés, conflictos interpersonales, etc.

Al respecto, G. Omar (1995), propone que la habilidad para manejar situaciones estresantes o de conflicto depende de los recursos disponibles de enfrentamiento (coping) del individuo. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación estrés-salud-enfermedad y constituyen características estables del individuo y del medio ambiente donde esta persona funciona.

Asimismo Pearlin et al., (1978) consideran que dentro de las dimensiones del enfrentamiento se encuentran:

- Repertorios de enfrentamiento que la gente emplea para tratar con las tensiones que experimentan al desempeñar papeles básicos de la vida.

- Respuestas de enfrentamiento específicas, son las conductas, cogniciones y percepciones en las cuales la gente se involucra cuando tienen que lidiar con los problemas de la vida.
- Recursos sociales, los cuales son representados por las redes interpersonales de las cuales los individuos forman parte y la cual es una fuente potencial de apoyo crucial: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y asociaciones voluntarias.
- Recursos psicológicos, las características de personalidad, por ejemplo, la auto-estima, locus de control, etc., que la gente posee para encarar las amenazas ambientales.

Es preciso señalar, con respecto a estas dimensiones, que Lazarus et al., (1991) las manejan como recursos para el enfrentamiento, ya que al decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, a la vez que sí son realmente útiles (p.e. dinero, juguetes, personas a las que recurrir, conocimientos importantes) constituyendo un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles.

El grado en que los recursos por sí mismos neutralizan los efectos del estrés en comparación con los procesos reales de enfrentamiento fueron demostrados por Pearlín et al., (1978). Estos autores consideraron el dominio y la autoestima, la relación entre estas características y las respuestas de enfrentamiento y de reducción del grado de trastorno emocional en cuatro áreas: economía doméstica, área laboral, paternidad y matrimonio. Hallaron que en el contexto más estrechamente interpersonal del matrimonio y, en menor grado, en la paternidad, son las cosas específicas que haga el individuo lo que determinará más exactamente la aparición o no de un trastorno emocional mientras que disponer de los recursos adecuados resulta más efectivo cuando lo que hay que enfrentar son problemas relativamente impersonales.

Así, Pearlín et al., (1978) mencionan que los recursos para el enfrentamiento son: más útiles para ayudar a las personas en el enfrentamiento de tensiones derivadas de las condiciones sobre las que disponen de poco control (dinero y trabajo). Pero cuando se enfrentan los problemas que se derivan de las relaciones interpersonales estrechas lo que uno hace es muy distinto.

Puntualizando que los recursos se refieren no a lo que la gente hace, sino a lo que esta disponible en ellos en el desarrollo de sus repertorios de enfrentamiento.

Se ha hablado de estos recursos, pero ¿cuáles son estos recursos?, sería imposible catalogar todos los recursos que muestran las personas para enfrentar las infinitas demandas de la vida, por lo cual Lazarus et al., (1991) identificaron dos tipos de categorías: la primera que incluye aquellas que son principalmente propiedades del individuo como la:

- Salud y la energía (recursos físicos). Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de enfrentamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.
- Creencias positivas (recursos psicológicos), se incluyen en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el enfrentamiento en las condiciones más adversas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (p.e., un médico) o un programa determinado (p.e., un tratamiento) resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios. La esperanza existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable. Una creencia (un locus externo de control) puede conducir a una evaluación de desesperanza que, a su vez, disminuye el enfrentamiento dirigido al problema. Por lo tanto, la naturaleza de un sistema de creencias como su grado de generalización determina su valor como recurso y su influencia en los procesos de evaluación y de enfrentamiento.
- Técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades, alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseables y elegir un plan de acción apropiado.

El segundo tipo de categoría es más ambiental e incluye los recursos sociales y materiales como:

- Habilidades sociales: Se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva.

Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

- Apoyo social: El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de enfrentamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés.
- Recursos materiales, hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de enfrentamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo. Simplemente el hecho de tener dinero, incluso aunque no se usa, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el enfrentamiento efectivo.

El enfrentamiento también viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas, que proscriben ciertas formas de conducta y los déficits psicológicos. Los condicionantes o factores coactivos ambientales incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de enfrentamiento.

Cabe mencionar que los altos grados de amenazas también pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de enfrentamiento de forma efectiva.

Funciones del enfrentamiento.

En lo referente a las funciones del enfrentamiento, éstas incluyen mucho más que la resolución de un problema. La función del enfrentamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia. Para Lazarus et al., (1984) una estrategia puede servir a una función determinada -por ejemplo, la evitación- pero fracasar en su intento de evitar. En otras palabras, las funciones no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones tendrán determinados resultados.

Con base en este razonamiento, encontramos que para Janis y Mann (1977), las funciones de enfrentamiento se formulan dentro de un marco

de toma de decisiones, es decir, con la búsqueda y evaluación de información.

White (1974) cita tres funciones del enfrentamiento en el contexto psicológico del yo:

1. Asegurar la información adecuada del entorno.
2. Mantener condiciones internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información.
3. Mantener autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión (cit. en Lazarus et al., 1991).

Mechanic (1974), que parte de una perspectiva socio-psicológica, cita también tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

En una definición similar, Pearlin et al., (1978) las denomina como: función de control situacional -cambiando las circunstancias externas -, función de control de significados -antes de que el estrés se produzca- y función del control del estrés en sí mismo, cuando este ya ha aparecido. También consideraron a las funciones como protectoras de la conducta de enfrentamiento y son expresadas de la siguiente manera:

- a) Cuidando las consecuencias emocionales derivadas del problema, manteniéndolo dentro de los límites manejables o tolerables por el individuo: respuestas de resignación dirigidas a intentar aceptar el estresor.
- b) Por la eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema: respuestas directas activas dirigidas a cambiar la fuente de estrés.
- c) Por el control perceptual del significado de la experiencia como una manera de neutralizar su carácter problemático: respuestas paliativas o intra psíquicas dirigidas a cambiar el significado psicológico o el impacto del estrés experimentado.

Así, de acuerdo a las respuestas de enfrentamiento entendidas en el contexto de un proceso, ellos consideraron al enfrentamiento como una conducta que protege al individuo de un daño psicológico derivado de

experiencias sociales problemáticas; es decir una conducta que mediatiza el impacto que las sociedades tienen sobre sus miembros.

Además, existe un tipo de diferenciación que se considera importante y se encuentra en el modelo de Lazarus y Folkman, es la diferencia que hay entre el enfrentamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el enfrentamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. Nos referimos al primero como enfrentamiento dirigido al problema y al segundo como enfrentamiento dirigido a la emoción.

Ahora bien, resulta interesante observar un común denominador entre las funciones de enfrentamiento manejada por los autores anteriores y es la preocupación inherente de que el enfrentamiento funcione como una forma de defensa emocional psicológica y racional del ser humano ante situaciones estresantes del medio ambiente. Por otro lado, para autores como Janis et al., (1977) a diferencia de otros, observan que la principal función del enfrentamiento es de índole evaluativo, esto es, el individuo busca, analiza y evalúa la información y con esto bastará para enfrentar cualquier situación. Para Mechanic (1974), que lo analiza desde un enfoque socio-psicológico, le da un mayor peso al contexto social en el que se rodea el individuo, claro está, sin dejar de un lado el aspecto emocional y psicológico.

Existen en la literatura modelos teóricos que han sido utilizados para explicar de una manera explícita el proceso y funcionamiento del enfrentamiento y serán abordados a continuación.

2.4 Modelos teóricos.

2.4.1 Díaz Guerrero (1972).

Este autor propone haber encontrado una premisa socio-cultural (a partir de varios estudios e investigaciones arduas), que al parecer controla las formas y maneras a través de las cuales los miembros de una sociedad se enfrentan al estrés de la vida. De esta manera vemos como los miembros de la cultura Norteamericana y Mexicana se enfrentan al estrés de forma diferente, delimitando un síndrome activo y un síndrome pasivo como constructos explicativos para el estudio del efecto de la cultura sobre la personalidad y el estudio de las diferencias transculturales. En varios estudios, este investigador contrasta el estilo de confrontación "activo" del anglosajón con el estilo "pasivo" del mexicano. Mientras los sujetos angloamericanos enfatizan el enfrentamiento a los estímulos estresantes, los sujetos mexicanos parecían menos dispuestos a confrontar al estrés en

forma activa y más inclinados a una actitud pasiva y de aguante. Esta actitud pasiva parece estar más en consonancia con la tradición cultural del hispanoamericano, basada en el valor de enaltecer el sufrimiento. Estos constructos son mediados por premisas histórico-socio-culturales - PHSC-, que se refieren a enunciados compartidos por la mayoría de los miembros de una sociedad.

De esta manera la confrontación es definida de la siguiente manera: Una persona esta confrontando si

- a) Si como resultado de su conducta gana algo en términos de autodesarrollo o de desarrollo mental.
- b) El significado original de la situación manejada, no se distorsiona.
- c) Hace uso apropiado de la lógica formal o cuando menos, de la congruencia en general.
- d) Como resultado del manejo de la situación, el individuo aprende algo que le ayudara a manejar mejor la misma situación u otros problemas más adelante.
- e) Como resultado de la experiencia aumenta su productividad, constructividad y creatividad, inmediatamente después o en una fecha posterior.
- f) Al conducirse no aparece como resultado ningún síntoma complejo ni neurosis, ni delincuencia, ni psicosis, ya sea inmediata o posteriormente.

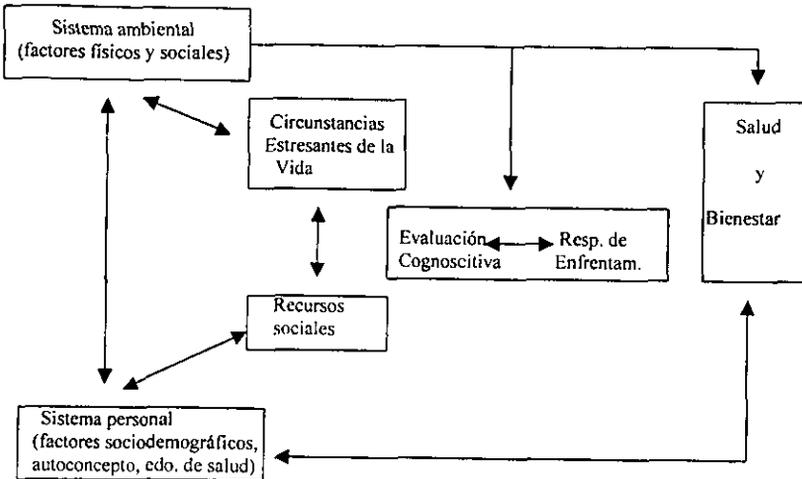
2.4.2 Modelo de Moos, Cronkite, Billings y Finey (1983)

Este modelo explica lo siguiente:

Para que el ser humano tenga la capacidad para enfrentar acontecimientos estresantes de su vida, va a contar con dos sistemas: Primero.- Es el sistema ambiental que va estar conformado por todo aquello que lo rodea, es la parte externa en la que él se encuentra involucrado.

Segundo.- Es el sistema individual y es lo que constituye la personalidad, el estado de salud, el autoconcepto, etc., de un individuo. Estos factores le permitirán al sujeto obtener los recursos de apoyo necesarios. Por consiguiente este proceso le asentirá al individuo obtener una evaluación cognoscitiva permitiéndole obtener respuestas de enfrentamiento más específicas y claras, todo este transcurso llevado a cabo por el sujeto es con el único fin de lograr salud y bienestar en su existencia (Vea figura 1).

Figura 1
Modelo propuesto por Moos, et al.



2.4.3 Modelo de Lazarus et al., (1984).

El modelo fenomenológico cognoscitivo de Lazarus y Folkman incluyen aspectos cognoscitivos, afectivos y comportamentales del proceso de coping. Los estresores son definidos como transacciones o intercambios entre la persona y los particulares contextos ambientales que la persona percibe o evalúa como amenazantes. Dentro de este modelo, el enfrentamiento no es considerado necesariamente como un reductor apropiado del estrés ya que se refiere a cualquier intento que hace la persona para manejar una situación estresante. Lazarus et al., (1991) identificaron dos métodos de enfrentamiento: comportamental y cognoscitivo, y dos grandes categorías de estrategias: Enfocadas en el problema (o de aproximación) y enfocadas en la emoción (o de evitación).

La evaluación cognoscitiva es el proceso mediante el cual una persona evalúa la importancia del encuentro con el medio ambiente y su bienestar (evaluación primaria) y considera las posibles respuestas de enfrentamiento (evaluación secundaria) para orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro. A través de la evaluación primaria, una persona determina si un evento es relevante o no a su bienestar y si las señales la benefician, amenazan, cambian o perjudican. En la evaluación secundaria, la persona determina que opciones y recursos de enfrentamiento tiene disponibles en ese momento para manejar la situación.

El modelo enfatiza que el estrés no esta solamente determinado por la naturaleza de un estímulo ambiental ni por las características de una persona sino por la interacción entre la evaluación que del estímulo hace la persona y las demandas de ese estímulo sobre el individuo.

2.4.4 Modelo de Cervantes y Castro (1985)

Este modelo propuesto por Cervantes et al., (1985) es un modelo multivariado de estrés, dicho modelo fue desarrollado con el interés de elaborar investigaciones sistemáticas que consideraran:

1. Antecedentes.

2. Mediadores personales y ambientales.
3. Consecuencias en el campo de la salud mental, a partir de las experiencias de estrés-respuestas de enfrentamiento.

La base del modelo se fundamenta en la interacción de la persona con su ambiente y en las variables situacionales dentro de un contexto temporal (Cox, 1978; Coiné y Lazarus, 1980 en López, 1999 p.25).

Componentes del Modelo:

A) Estresores potenciales.- Cualquier persona puede evaluar la exposición a un estresor potencial inherente como estresante; mientras que lo estresante de un estresor potencial simbólico depende del significado personal y cultural aprendido y de sus implicaciones contextuales.

B) Evaluación del estrés potencial.- Se refiere al significado cognoscitivo para la delimitación de los eventos/situaciones que generan mayor estrés en determinadas personas o grupos culturales.

C) Mediadores internos.- Variables internas como actitudes, valores y creencias culturales intervienen en el proceso estrés-enfermedad en términos de su función adaptativa, reduciendo o incrementando el significado estresante de una condición/situación/evento de la vida.

D) Mediadores externos.- Son las fuentes de información ambientales o retroalimentación afectiva que afectan la habilidad de una persona para enfrentar estresores. Los mediadores externos pueden también tener un efecto sobre la evaluación del nivel de estrés que el individuo hace de un determinado estresor.

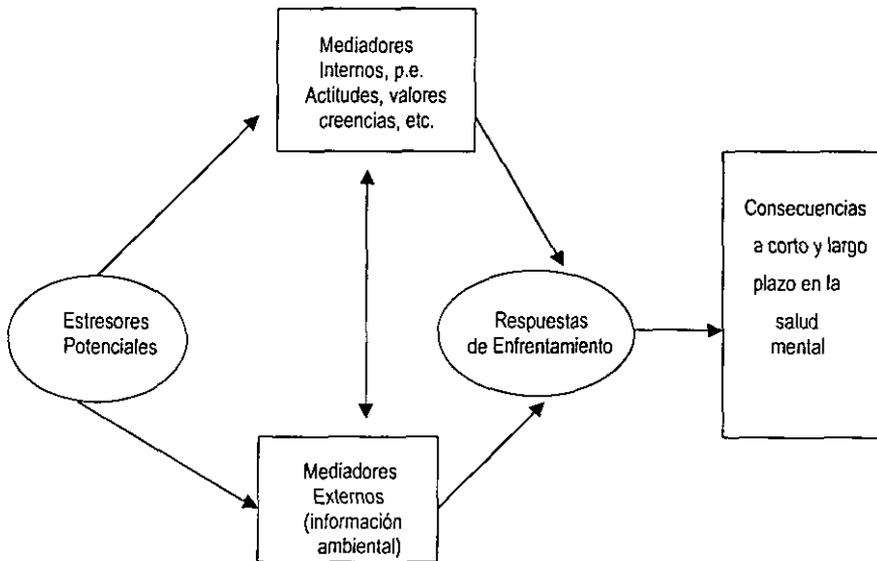
E) Respuestas de enfrentamiento.- Las respuestas de enfrentamiento ante estresores agudos o crónicos es un proceso personal muy complejo, el cual ha sido categorizado de diferentes formas. En este modelo, las respuestas fueron caracterizadas en tres tipos generales.

1. Respuestas directas activas.
2. Respuestas paliativas o intra psíquicas.
3. Respuestas de resignación.

El motivo para poner en practica un particular tipo de respuesta depende, en alguna manera de las experiencias previas del individuo.

F) Consecuencias a corto y a largo plazo en la salud mental.-La relación entre estresores potenciales, variables mediadoras internas y externas, respuestas de enfrentamiento y las consecuencias en la salud mental son claras-. En este sentido las diversas formas de desordenes mentales están derivadas de respuestas inefectivas de enfrentamiento ante estresores de vida (Vea figura 2).

Figura 2.
Modelo Multivariado de estrés propuesto por Cervantes et al., (1985).



2.4.6 Modelo bidimensional de estrategias intra psíquicas de Krohne (1989).

Krohne (1989) distingue dos tipos principales de estrategias de enfrentamiento:

* La vigilancia se caracteriza por una aproximación y un procesamiento intensificado de los rasgos de información relevante. En donde el propósito general del sujeto es ganar control y protegerse de la amenaza.

* La evitación o prevención cognoscitiva es vista como una retirada (repliegue) de la información amenazante.

En la vida real, las reacciones individuales a la amenaza están organizadas generalmente como actos de enfrentamiento complejo. Tales estrategias presuponen el cambio de la representación subjetiva de elementos inherentes a una situación amenazante (búsqueda de información selectiva, despliegue de atención o reinterpretación). Estas clases comportamentales pueden ser combinadas dentro de estrategias de orden superior (superestrategias).

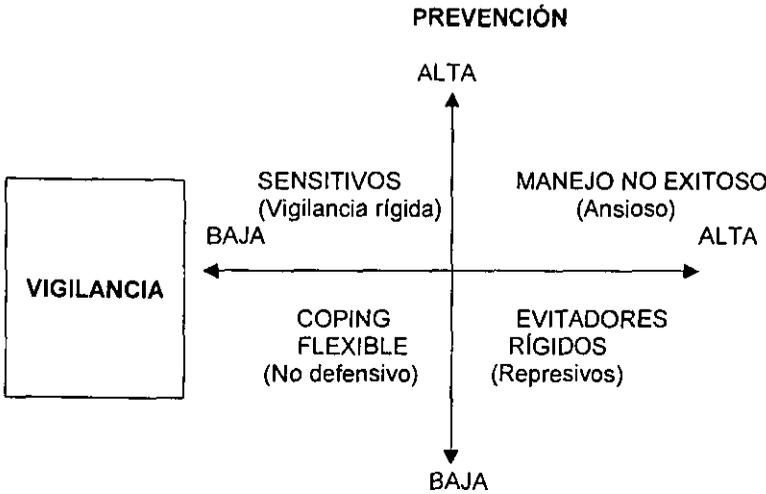
Dos superestrategias son de central importancia: el intento de obtener información relacionada con un evento amenazante (vigilancia) y el de evitar información pertinente a la amenaza (prevención cognoscitiva). De acuerdo con la forma habitual de emplear una u otra clase de estrategia en situaciones amenazantes, las personas pueden ser distinguidas en: *sensitivas* (vigilancia rígida); *represivas* (prevención cognoscitiva rígida); *ansiosas* (enfrentamiento inestable) y *no defensiva* (uso flexible de estrategias).

Según la combinación de frecuencias de una y otra superestrategia de enfrentamiento, los cuatro estilos de enfrentamiento pueden definirse de la siguiente manera:

- Sensitivo: alta vigilancia, baja prevención cognoscitiva.
- Represivo: alta prevención cognoscitiva, baja vigilancia.
- Ansioso: altos puntajes en ambas escalas.
- No defensivo: bajos puntajes en ambas dimensiones.

El modelo bidimensional de estrategia intra psíquicas de Krohne (1989) puede representarse esquemáticamente de la siguiente forma.

Figura 3.
Frecuencia de estrategias de enfrentamiento de vigilancia



2.4.6 Modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo de Schwarzer y Leppin (1991).

Estos autores presentan una taxonomía de las relaciones sociales y un modelo causal del proceso estrés-enfrentamiento conocido como modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo. El apoyo social ha sido descrito como la información que orienta al sujeto a percibir que es estimado, cuidado y valorado por los miembros de su entorno social.

La habilidad para resolver problemas sociales esta referida básicamente a la capacidad de generar soluciones frente a los problemas de interacción

social, evaluar las posibles consecuencias y elegir la solución más efectiva.

En este modelo, la integración social, el apoyo cognoscitivo social y el apoyo comportamental social son diferenciados y correlacionados con personalidad, estrés, enfrentamiento y procesos patogénicos. Se presupone que el apoyo social mediatiza los efectos de estrés sobre la enfermedad, así como también que afecta directamente el bienestar

2.5 Medición del enfrentamiento.

En el avance de la Psicología como ciencia ha sido necesario realizar disertaciones a fin de poder saber si existen diferencias entre los seres humanos y en que grado difieren entre sí, esto ha provocado la elaboración de herramientas y/o instrumentos pertinentes, adecuados y específicos para así analizar estas diferencias o semejanzas. De esta forma, es también de mayor importancia al estudio del enfrentamiento el desarrollo de instrumentos para evaluarlo, de los cuales se han derivado diferentes estrategias resultantes de la conceptualización de los autces

Moos, Cronkite, Billings y Finney (1983 en López, 1999) diseñaron y adaptaron varios instrumentos compilados en -Salud y vida cotidiana-. Entre estos se encuentran los índices de respuestas de enfrentamiento ante sucesos importantes derivados de sus observaciones y con el cual se evalúa el método y el enfoque de enfrentamiento -con base en 32 reactivos- incluidos en tres dimensiones:

- ⌘ Enfrentamiento cognoscitivo activo. Ej. Encontrar el lado positivo de la situación. Considerar varias alternativas para manejar el problema.
- ⌘ Enfrentamiento conductual activo. Ej. Hablar con el cónyuge u otros parientes acerca del problema; elaborar un plan de acción.
- ⌘ Enfrentamiento evitativo. Ej. Evitar estar con la gente en general tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo, etc.

Y teniendo como estrategias:

1. Análisis lógico.- Considerar varias alternativas para manejar el problema; tratar de entender la situación.

2. Búsqueda de información.- Tratar de saber más acerca de la situación, hablar acerca del problema.
3. Resolución del problema.- Hacer un plan de acción y seguirlo.
4. Regulación Afectiva.- Tratar de encontrar el lado positivo de la situación, involucrarse en varias ocupaciones para mantener la mente ocupada.
5. Descarga emocional.- Desquitarse con otras personas cuando se está enojado o deprimido, tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo, etc.

Por su parte, Levinger y Pietromonaco (1989 en Sánchez Aragón y Díaz Loving, 2001) diseñaron el Inventario de Estilos de Afrontamiento con base en asunción de que la gente tiene estilos característicos para manejar el conflicto interpersonal. Algunas personas son directas cuando se les presentan situaciones por resolver, mientras que otras se ponen ansiosas ante la inminente situación y miedo de dañar las relaciones con los demás, otros tratan de encontrar las soluciones que son buenas para las partes involucradas. De acuerdo a este modelo, las estrategias de los individuos están determinadas por su preocupación en sus propios beneficios y por su preocupación en los beneficios del otro(a). Combinando las dos dimensiones del modelo, se llega a cinco estrategias básicas en el enfrentamiento a situaciones interpersonales:

- **Acomodación:** esta estrategia es alta en preocupación por el otro y baja en la preocupación por el yo. Incluye sacrificar las propias metas para satisfacer las necesidades del otro y protege las relaciones mediante el dar al otro, quien alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda.
- **Evitación** es la estrategia baja en preocupación simultáneamente por el yo y por el otro. Al enfrentar un conflicto el individuo permite que dicha situación se deje sin resolver o permite que la otra persona tome la responsabilidad para resolver el problema. Los evitadores tienen un punto de vista negativo del conflicto y tienden a manejarlo diplomáticamente retirando su atención sobre el tema, postergando su solución o simplemente retirándose de la situación.
- **Contender:** Es una estrategia alta en la preocupación por el yo, pero baja por el otro. En esta etapa, la gente procura minimizar sus beneficios, mientras que esto provoca altos costos para el otro. Esta estrategia es una aproximación orientada al poder, en la cual la gente trata de usar cualquier medio que le permita defender o ganar una posición que se considera es la correcta.

- Colaboración es donde ambas partes ganan, ya que es una estrategia alta en la preocupación por el yo y en la preocupación por el otro. Una vez que se ha reconocido una situación por enfrentar, el colaborador tratara de integrar las necesidades mutuas en una solución que maximizara los intereses de los individuos.
- Compromiso: Es una estrategia en la cual se colabora con la otra persona llegando a un acuerdo mutuo de una forma creativa, esto es, creando una solución novedosa y conjunta.

Por otro lado, Lazarus et al. (1984 en Rodríguez Marín, 1992; p.62) crearon un instrumento llamado Ways of Coping Checklist (W.C.C.L) el cual se construyó sobre la base de los análisis realizados en el marco del Berkeley and Coping Project (1976-1977), de los estudios teóricos de Lazarus en 1966, de las referencias de algunos estudios sobre enfrentamiento. Así, se construyó un primer listado de 68 ítems sobre modos de enfrentamiento.

Los ítems se establecieron a partir de conductas de enfrentamiento defensivo, búsqueda de información, resolución de problemas, inhibición de la acción, actuación directa sobre el problema y pensamiento mágico. Cada ítem se clasificó, usando procedimientos racionales y empíricos, como centrado en la emoción o en el problema. En un estudio piloto, se aplicó este listado de estrategias a 100 sujetos que respondían "Sí" o "No" a la utilización de cada una de ellas ante un suceso estresante específico. Los resultados demostraron que habían sido utilizados los dos tipos de estrategias en prácticamente todas las situaciones estresantes. Aldwin, Folkman, Coiné, y Lazarus (1980 en Rodríguez Marín, 1992, p.62), usando un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax obtuvieron siete factores: uno que correspondía a una forma de enfrentamiento centrada en el problema, cinco correspondiente a formas de enfrentamiento centradas en la emoción y uno mixto que contenía una mezcla de ítems referidos a la emoción y al problema. La forma resultante del W.C.C.L. incluía siete escalas:

1. Atención al problema.
2. Pensamiento desiderativo.
3. Desarrollo personal.
4. Minimización de la amenaza.
5. Búsqueda de apoyo social.
6. Auto culpación.
7. Escala mixta.

En 1990 Bowman desarrolló el Inventario de Afrontamiento Marital, instrumento que constaba de 180 esfuerzos de enfrentamiento, no obstante su versión final consto de 64 reactivos donde las personas mencionaban cuánto de ese esfuerzo realizaban. La escala consiste en cinco subescalas de enfrentamiento: Conflicto que mide el uso del conflicto, antagonismo, crítica y sarcasmo (p.e. Soy sarcástico con mi pareja), Auto-Culpa que mide respuestas emocionales negativas tales como depresión y preocupación (Siento que he fracasado), Aproximación Positiva evalúa demostraciones de afecto hacia el esposo o esposa y compartir actividades mutuamente disfrutables y buenos acuerdos (Hago muchas cosas con mi pareja que ambos disfrutamos), Auto-Interés refleja el involucramiento en relaciones sociales y hobbies fuera del matrimonio (Paso mucho tiempo con mis amigos) y Evitación que estima la retirada cognoscitiva y conductual (Espero que el tiempo arregle el problema).

A partir de la revisión en la literatura, se han encontrado una variedad de estrategias resultantes de la aplicación de los instrumentos elaborados por cada autor para la definición y/o conceptualización que le han dado al término de coping, y serán mostradas de forma resumida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Estrategias de enfrentamiento

Autor	Meningher, et.al. (1963)	Díaz Guerrero (1972)	Murphy (1960)	Pearlin y Schooler (1978)	Stone y Neale (1999)	Moos, et.al. (1983)	Lazarus y Folkman (1984)	Cervantes y Castro (1985)	Vitaliano y cols. (1985)	Levinger (1989)	Bowman (1990)	Lopez (1999)	
Estrategias				Recursos sociales	Búsqueda de apoyo social		Búsqueda de apoyo social	Apoyo social				Apoyo social	
					Búsqueda de información	Búsqueda de información						Apoyo informativo	
					Religión				Religiosidad				
								Escape-Evitación		Evitación	Evitación	Evitación	Evitativo
								Auto culpación				Autoculpa	
						Descarga emocional	Enfatizar lo positivo					Aproximación positiva	Emoción positiva
		Síndrome activo	Factor Cognoscitivo		Acción directa	Resolución de problemas	Atención al problema	Respuestas directas y activas					Autoafirmación planeada
					Recursos psicológico			Respuestas psicológicas					
		Síndrome pasivo						Respuestas de resignación					
						Aceptación					Acomodación		

Hemos observado que presentan formas de estrategias muy particulares cada autor, pero no por eso deja de haber cierta similitud entre cada uno, para Stone et al., (1999) manejan dentro de su literatura el estilo de aceptación, así como para Levinger et al., (1989), pero en su caso la llama acomodación, que de acuerdo a su definición conceptual, también es la manera de adaptarse, aceptar y acomodarse dando al otro y logrando así beneficios para adaptarse a determinada situación. Por otro lado, para Stone et al., (1999), Lazarus et al. (1984) y Cervantes et al. (1985), tienen semejanza en la estrategia llamada: búsqueda de apoyo social, por lo que respecta al estilo de búsqueda de información, Stone et al., (1999) como Moos et al. (1983) presentaron la misma estrategia. Como se puede observar en la tabla anterior, cuatro son los literatos que mencionan dentro de sus estrategias el estilo de evitación, además es considerable hacer mención que tanto el factor emocional como el cognoscitivo es de suma importancia incluirlos en las estrategias que forman parte en el bagaje individual así como en el contexto en el que se encuentra rodeado cada individuo, aun así, para algunos autores le dan mayor peso ya sea uno u otro factor. Es interesante observar el estilo que se inclina a lo espiritual, a lo trascendental de cada persona y que autores como Stone et al., (1999); Vitaliano et al. (1985) lo nombran como religiosidad, en contraste con Murphy (1960) que explica que el factor más importante para enfrentar situaciones estresantes es el cognoscitivo, el racional, es decir, el que puede dar explicaciones más racionales y objetivas.

2.6. Investigación acerca del Enfrentamiento.

Las investigaciones que se presentan a continuación realizadas sobre enfrentamiento demuestran la importancia y por lo tanto la vigencia del constructo propuesto. Ya que la presente investigación se centra en una temática específica, es conveniente comenzar presentando la investigación de Díaz Guerrero (1967) por ser pionera en el conocimiento de estilos predominantes en las culturas.

Así, en cuanto a las investigaciones transculturales posiblemente el primer estudio de este tipo fue un proyecto internacional colaborativo llamado "Estilos de confrontación y Ejecución: Estudio transcultural en niños escolares (Díaz Guerrero, 1967). Comenzó como un proyecto entre Estados Unidos y México, y se extendió para incluir también a Brasil, Inglaterra, Italia, Japón, dicho estudio fue realizado en niños(a) escolares

entre 10 -14 años (Díaz Guerrero, 1967; Peck y Díaz Guerrero, 1967). A partir de sus observaciones, Díaz Guerrero(1967), encontró diferencias significativas entre las culturas mexicana y norteamericana, delimitando un síndrome activo y un síndrome pasivo como constructos explicativos para el estudio del efecto de la cultura sobre la personalidad y el estudio de las diferencias transculturales (cita en López, 1999 p.37).

Así, la investigación de las estrategias usadas en el enfrentamiento con enfermedades crónicas ha sido investigada por numerosos grupos de analistas y se han estudiado diversas variables; así se encuentran investigaciones interesadas en el estrés percibido, el uso de estrategias de enfrentamiento y las consecuencias emocionales.

Cohen, Kemarck y Mermelstein (1983) en un estudio realizado con estudiantes universitarios encontraron que el estrés percibido correlacionó con los puntajes de eventos de la vida, sintomatología física y depresiva, con la utilización de servicios de salud y con ansiedad social. Krantz (1983) identificó que después de un evento estresante, la búsqueda de información y las conductas orientadas a resolver un problema fueron las respuestas de enfrentamiento más significativas como evaluaciones cognoscitivas (cita en López, 1999).

Un estudio clásico fue el que realizaron Lazarus et al. (1984) con estudiantes universitarios, pretendían evaluar las emociones y respuestas de enfrentamiento ante una situación estresante como lo es un examen, desarrollaron un cuestionario para estimar el impacto estresante de la situación (Stress Questionnaire) con cinco opciones de respuesta tipo Likert, de cómo sintieron 15 emociones propuestas. Para evaluar el enfrentamiento se utilizó una lista "Ways of Coping Checklist", después se llevo a cabo todo un análisis estadístico, obteniendo 8 escalas:

Enfrentamiento orientado a la emoción:

- ☞ Autoaislamiento (3 reactivos). Ej. Mantenerme alejado de la gente
- ☞ Reducción de la tensión (3 reactivos). Ej. He intentado sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.
- ☞ Autoculpa (3 reactivos). Ej. Me he dado cuenta de que yo mismo he provocado el problema.
- ☞ Enfatizar lo positivo (4 reactivos). Ej. Me he centrado en los aspectos positivos de esta situación.
- ☞ Distanciamiento(6 reactivos). Ej. Esperar a ver que pasa.
- ☞ Pensamiento desiderativo (5 reactivos). Ej. He deseado poder cambiar la manera como me he sentido.

☞ Enfrentamiento orientado al problema(11 reactivos). Ej. He intentado mejorar mi información sobre el problema, he hecho un plan de acción y lo he seguido.

☞ Enfrentamiento Mixto:

Búsqueda de apoyo social (7 reactivos). Ej. He hablado con alguien para intentar encontrar una solución.

Ferrero, Aliaga y Martín (1995) en una investigación realizada con 68 mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama a fin de comprobar el posible papel predictivo del modo en que estas pacientes evalúan y enfrentan inicialmente su enfermedad sobre su calidad de vida futura, tomaron en consideración también el posible papel predictivo de las variables médicas de la enfermedad, encontrando que entre las variables médicas, tan sólo la sintomatología física contribuía a predecir el bienestar futuro. Por lo que se refiere a la evaluación cognoscitiva y el enfrentamiento de la enfermedad, los resultados indicaron que el "espíritu de lucha " de las pacientes y la "negación" de la enfermedad se asociaban a mejores resultados psicosociales, mientras que el "desamparo-desesperanza", el "fatalismo" y la "preocupación ansiosa" iniciales se asociaban a mayor malestar concurrente y en el futuro.

En una investigación realizada por Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) con 71 pacientes con cáncer cervicouterino que asistieron al Instituto Mexicano del Seguro Social, donde el fin de la investigación fue el de examinar los efectos que la estimulación aversiva, física o simbólica, puede tener sobre el funcionamiento psicobiológico de los individuos, evaluando el tipo y nivel de ansiedad y los estilos de enfrentamiento. Se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática y el Inventario de Estilos de Enfrentamiento, encontrando que las reacciones de ansiedad que más se presentan son el sudor excesivo, las taquicardias, el temblor temporal, caminar nerviosamente, por otro lado, las reacciones cognoscitivas de la ansiedad, fueron la preocupación, problemas de concentración, pensamientos intrusivos, imágenes de ansiedad, lentitud de pensamiento, pensamientos de ansiedad e imágenes terroríficas. Con respecto a los estilos de enfrentamiento ante la enfermedad.

Los resultados de este cuestionario se analizaron en porcentajes, dado que las respuestas son de índole dicotómica. Individualmente, los reactivos con respuestas afirmativas más altas son:

- ❶ Analizó la situación para comprenderla
- ❷ Deseo que la situación se desvanezca.
- ❸ Aceptó la simpatía y comprensión.
- ❹ Intento mirar las cosas por su lado bueno.
- ❺ Sigo adelante con mi destino.
- ❻ Rezo
- ❼ Me digo cosas para sentirme mejor.
- ❽ Tengo fe en algo nuevo.
- ❾ Busco ayuda de un médico.

Por lo tanto, las enfermas entrevistadas utilizan una amplia gama de estrategias para enfrentar su situación. Junto con los estilos orientados a la emoción aparecen los orientados a la solución de su problema. Además, entre los resultados más importantes que se obtuvieron cruzando las variables evaluadas, se encontró que al tomar en cuenta las reacciones somáticas de la ansiedad y compararlas con los diversos estilos de enfrentamiento, se obtuvo una diferencia significativa para la reacción "sudar en exceso" (al 0.01 de significancia) con respecto a la estrategia "me critico a mi misma". En otras palabras, los mayores índices reportados de respuestas de sudor, los dan aquellas personas que se critican por haber obtenido la enfermedad que padecen.

Por otro lado, Morales, Granada, Penedo y Muñoz (1997) investigaron la adaptación psicológica en el cáncer de mama elaborando una comparación entre mastectomía y cirugía conservadora, participaron 30 pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales (13 tratadas con cirugía conservadora y 17 con mastectomía), se realizaron entrevistas de forma individual, uno o dos años después de la intervención, fueron valorados aspectos como: datos sociodemográficos y antecedentes psiquiátricos, acontecimientos vitales y nivel de apoyo social, estado psicopatológico, conductas adaptativas, considerando estrategias específicas ante el cáncer de mama, basándose en trabajos de Greer (1979), Parker(1986) y Lazarus et al. (1986) (en Morales et al., 1997). Encontraron que existen factores psicosociales relacionados con la adaptación al cáncer de mama.

Entre ellos, se han destacado estrategias de adaptación utilizadas para enfrentarse a esta enfermedad, las conductas más eficaces fueron:

- Espíritu de lucha.
- El enfrentamiento.

- La búsqueda de consejos.
- Las dirigidas a un aumento de la autoestima.

Las conductas de espíritu de lucha, asociadas a una mayor supervivencia en el cáncer de mama, reflejan una actitud optimista, de búsqueda de información y de planear como enfrentarse y vencer la enfermedad. Las de enfrentamiento, indican una actitud de mantenerse firme y luchar por salir adelante, expresando los sentimientos y las emociones con facilidad, la búsqueda de consejos es la manera de tener un apoyo que la guíe en buscar información y en lo referente a la autoestima, se pretende aumentar mediante el cuidado de la apariencia física o buscando actividades que supongan un reto personal.

Por el contrario, las relacionadas con una mayor psicopatología fueron:

◆ La aceptación estoica. Relacionada con una menor supervivencia en el cáncer de mama, refleja un rechazo a la búsqueda de información, de ignorar la enfermedad tanto como sea posible, y esperar sin más que todo vaya bien.

◆ La evitación. Ha sido una de las más destacadas por su ineficacia en esta enfermedad. Esta estrategia posee aspectos cognoscitivos como tendencias a fantasear, negarse a creer lo ocurrido y desear que las cosas cambien o que ocurra un milagro; y aspectos conductuales, como aislarse socialmente, dormir demasiado o intentar sentirse mejor mediante la ingesta de alimentos o el abuso de fármacos, drogas o alcohol. Este puede llevar a la paciente a escapar de la realidad de su situación, darse por vencida e incapacitarla para colaborar de forma adecuada.

◆ La negación. Parece ser favorable en una primera etapa al atenuar el impacto del diagnóstico, pero en general se relaciona con una peor adaptación.

La importancia de las conductas adaptativas se pone de manifiesto cuando con intervenciones psicológicas se facilita la adaptación a esta enfermedad, reduciendo así la psicopatología de las pacientes y mejorando su calidad de vida.

CAPÍTULO 3. La mujer mastectomizada: reacciones y contexto psicológico y emocional.

Mira a este día,
porque es la vida,
la misma vida de la vida.
En su breve transcurso esta todo,
las realidades y verdades de la existencia,
la bendición del crecimiento,
el esplendor de la acción,
la gloria del poder.
Porque el ayer no es más que un sueño,
y el mañana es solamente una ilusión,
pero el hoy, bien vivido, hace cada ayer un
sueño de felicidad,
y cada mañana una ilusión de esperanza.
Mira bien, por lo tanto, a este día.

Proverbio sánscrito.

¶ lo largo del recorrido que se ha hecho por el desarrollo y proceso que implica la vida de pareja (sirviendo de marco referencial para entender la relación de la mujer mastectomizada y su pareja) para después detenerse en las formas que se tienen de responder (enfrentamiento) a ciertas situaciones críticas que pasa el ser humano, y en específico observar este proceso de enfrentamiento en la mujer mastectomizada; nos da la pauta para ahora analizar el esquema emocional y psicológico, del cual, ella es pieza importante en este tema de investigación.

Antes de entender y escudriñar en el mundo emocional, psicológico, de pareja y social de la mujer mastectomizada, se hace necesario ubicar como marco de referencia la conceptualización y explicación del cáncer, así como el cáncer de mama y la mastectomía.

3.1 Cáncer, cáncer de mama y mastectomía.

Lejos de ser un enemigo clandestino, el cáncer esta decidido a avanzar y de hecho enloquecido con la perversa convicción de matar. La enfermedad sigue un continuo viaje periférico de destrucción, sin inhibiciones, sus células se comportan como los miembros de una horda bárbara que ataca y destruye todo lo que

se encuentra, sin tener ninguna guía, ninguna dirección, pero con un solo propósito en mente: acabar con todo lo que este a su alcance. Sus primeras células son hijas bastardas de padres desprevenidos que finalmente las rechazan por feas, deformes e ingobernables. En la comunidad de los tejidos vivos, esta multitud incontrolable de células cancerosas inadaptadas se comportan como individuos que victimizan a una sociedad tranquila y que se somete a las circunstancias. No obstante, al final no puede decirse que el cáncer triunfe, pues cuando mata a su víctima, se mata a sí mismo (Sinibaldi, 1998).

Aun cuando esta parece una ejemplificada explicación del significado del cáncer, esta enfermedad se caracteriza por la existencia de ciertas células del organismo que experimentan un cambio anormal y se inicia un proceso de crecimiento incontrolado. A la masa anormal del tejido que prolifera sin relación en el tipo o la velocidad del crecimiento de los tejidos normales y que es capaz de un crecimiento independiente después de que cesa el estímulo que la ha producido se le denomina neoplasia. Dependiendo del comportamiento biológico de esta neoplasia, podemos hablar de neoplasias benignas o malignas, a estas últimas se les llama cáncer; tienen la capacidad de invadir tejidos normales adyacentes para diseminarse a distancia (Rubin Philip, 1980).

Así, resulta interesante destacar las dos formas de definir el término de cáncer; por un lado, la manera simbólica y ejemplificada de explicarlo y por otro en términos más concretos y científicos, que permiten dar la pauta para lograr un entendimiento más amplio acerca de la conceptualización del cáncer.

Ahora bien, ante la existencia de neoplasias malignas denominadas cáncer que se diseminan en cualquier parte del cuerpo y siendo éste un estudio sobre mujeres mastectomizadas se hablará sobre cáncer mamario, deduciéndose así, que la localización será en la glándula mamaria.

El cáncer de mama es hoy en día la causa principal de muerte en mujeres de muchos países. La etiología del cáncer de mama, al igual que en la mayoría de los tumores malignos, esta lejos de ser bien comprendida; sin embargo, se han acreditado numerosos factores con un mayor o menor papel en el comienzo del tumor. Así, la educación sanitaria y los programas de detección en masa han determinado que ahora el médico encuentre un número creciente

de pequeños tumores cuyo diagnóstico es más difícil y requiere una mayor experiencia. Los signos clásicos, tales como un gran nódulo, infiltración de la piel, edema, piel de naranja y ulceración son signos de un tumor localmente avanzado. Por tanto, el reconocimiento de un pequeño cáncer requiere no sólo experiencia y conocimiento, sino también un examen clínico preciso y la utilización del instrumental necesario. Ante una tumoración en la mama, el médico debe tomar una inmediata decisión: Aconsejar la extirpación, porque la tumoración es cierta o probablemente maligna, o aconsejar un control clínico periódico u ordenar mayores investigaciones como la mamografía, biopsia, etc. (Unión Internacional Contra el Cáncer, 1993).

Si el tumor mamario se ha detectado maligno, se procede a analizar los tratamientos pertinentes para el bienestar de la paciente. Bureos (1995) menciona que actualmente, el tratamiento para la paciente con carcinoma mamario es multimodal, ya que se incluyen tanto la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia y la cirugía; cada uno de estos procedimientos per-se generan múltiples secuelas tanto físicas como psicológicas en estas pacientes. De acuerdo a la Unión Internacional Contra el Cáncer (1993) el procedimiento que a causado un impacto más fuerte en las mujeres es la cirugía y la mastectomía radical, siendo dentro de las modalidades de tratamientos la más corriente y efectiva para tumores localizados y aún permanece siendo el tratamiento de elección en la mayoría de las instituciones de cáncer. Este tipo de operación comprende la remoción en bloque de la mama, con la piel que lo cubre, junto con los músculos pectorales y los ganglios linfáticos y la grasa. Sin embargo, existe una tendencia creciente de adaptar el tratamiento al tamaño del tumor, a su histología y a la presencia o ausencia de ganglios axilares clínicamente afectados. Por lo cual, con frecuencia se aplican tres modalidades terapéuticas: 1) La mastectomía radical; 2) la mastectomía total más irradiación postoperatoria de la pared torácica y ganglios linfáticos regionales y 3) la mastectomía total. En la actualidad, se acepta, según opinión de García Fernández (1991; cit. en Flóres Lozano, 1994, p.9) que "la cirugía parcial o limitada, seguida de irradiación, es un tratamiento tan eficaz como la mastectomía en el tratamiento de las pacientes afectadas de carcinoma de mama localizado, ya que permite preservar la mama, con la consiguiente ventaja estética para la paciente".

Así, se ha revisado el difícil proceso por el cual la mujer se enfrenta ante la presencia del diagnóstico de cáncer mamario, además de pasar por el tratamiento de la mastectomía, observando que ocasiona un impacto psicológico y emocional ya que su nombre evoca no solamente la muerte (que por lo demás, es destino común de todas) sino especialmente un acercamiento a ella, progresivo y doloroso, y la **mutilación** sea por la enfermedad misma o por los tratamientos (Unión Internacional Contra el Cáncer, 1993). En realidad, lo que causa el terror frente al cáncer de mama es la leyenda que existe acerca de su incurabilidad o al hecho de que va ser **mutilada**, trasgrediendo parte de su integridad de mujer.

3.2 Perfil psicológico y emocional de la mujer mastectomizada.

Las repercusiones psicológicas de la enfermedad y del tratamiento sobre la mujer son siempre un factor condicionante que varía de unas dolencias a otras según el contenido emocional de cada una de ellas, la propia personalidad del sujeto, la de su familia, la de su soporte social y la del médico la influirán también en el potencial psíquico con que son enfrentadas.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres. Según Flórez Lozano (1994), una de cada diez lo presentara a lo largo de su vida. Es importante mencionar que en la mayor parte de los países desarrollados, el cáncer constituye la segunda causa de mortalidad (OMS, 1990). En concreto, el cáncer de mama y del aparato genital femenino son responsables de una cuarta parte de las defunciones por cáncer en la mujer. Por otra parte, las estadísticas de mortalidad (Martos Jiménez, 1992; cit. en Flórez Lozano, 1994) han sido y siguen siendo utilizadas como fuente de información para tener un buen conocimiento de determinados tumores que se presentan en la población. Por otro lado, la supervivencia a los 5 años para el cáncer de mama y útero es superior al 60%. De acuerdo al Dr. Olper Palacci (1997), en Estados Unidos y Europa el cáncer mamario ocupa el primer lugar, una de cada ocho mujeres en Estados Unidos padece cáncer de mama. En México, se han llevado a cabo estudios epidemiológicos y acerca de esto, la Dra. Ramirez Ugalde (1997) explica: "los lugares donde más frecuentemente se localiza el cáncer son:

En el cuello del útero, mama femenina y glándula prostática, observando obviamente que el cáncer de mama ocupa el segundo lugar en incidencia y mortandad, en lo que se refiere a cáncer femenino en la población mexicana, pero si se tiene un marco de información y se detecta a tiempo el cáncer de mama puede ser curable, ya que cada vez se diagnostican más estadios iniciales gracias a la mejor concientización de la población y a la práctica de estudios de detección temprana".

Con respecto a este panorama en donde se observa que el cáncer de mama femenino indiscutiblemente sigue siendo un "mal" palpable, ya que la aparición de un nódulo maligno en la mama de la mujer constituye independientemente de su extensión y gravedad, un impacto psíquico capaz de deestructurar casi totalmente su equilibrio anímico y afectivo. La imagen corporal se ve profundamente afectada y, a partir de ahí, sus relaciones con su entorno. La mama, además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la integridad corporal, constituye el símbolo de la feminidad, de su propio "yo" (Flórez Lozano, 1994).

Así, las reacciones psicológicas de la mujer desempeñan un papel importante por su influencia en el curso de su mastectomía. Esta intensidad de cambios psicológicos que suceden a la cirugía, constituye un aspecto continuo. Se producen grados menores de ansiedad y depresión con mucha frecuencia y habitualmente se les considera comprensibles y normales, con relación a lo anterior Flórez Lozano (1994) menciona que si los propios cambios emocionales y de conducta causan suficiente agobio al paciente o entorpecen la recuperación o la adaptación a la enfermedad, se consideran patológicos. Este hecho es particularmente importante en la mujer mastectomizada, ya que podría peligrar su recuperación, e incluso, su longevidad.

3.2.1 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA

Flórez Lozano (1994) plantea que los factores relacionados con la paciente, la naturaleza de la enfermedad y el entorno social son importantes para determinar el modo en que la mujer percibe su enfermedad, cómo la interpreta y cómo responde a la misma, a continuación serán explicados específicamente:

Paciente.-

Debido al modo en que se trata el estrés este esta muy relacionado con los rasgos de personalidad del individuo, las actitudes premórbidas de la paciente son naturalmente importantes en la influencia de su respuesta a la enfermedad (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997). Por ejemplo, los individuos con rasgos obsesivos tienden a encontrar la enfermedad especialmente agobiante si su diagnóstico, tratamiento o pronóstico son dudosos; buscan certeza y explicación detallada del médico. Los de rasgos narcisistas tienen tendencia a encontrar la enfermedad agobiante si existe peligro de desfiguración o pérdida de una función corporal muy estimada. Por el contrario, la enfermedad puede ser bien acogida por individuos que están en dependencia ya que permite la gratificación de los requerimientos de esta dependencia.

Por lo cual, desde el punto de vista de la personalidad, durante varios años, los investigadores han intentado establecer un lazo entre factores psicológicos e incidencia de cáncer. Encontrando que los pacientes con cáncer, frecuentemente, son descritos como inhibidos, conformistas, excesivamente ajustados, depresivos y con una personalidad compulsiva (Nemeth y Mezei, 1969; cit. en Folez Lozano, 1994). Un hecho muy común en estos pacientes es su tendencia a la represión y rechazo de los afectos, así como una tendencia bastante acusada hacia la ansiedad.

Por otro lado, Golden, Gersh y Robbins, (1992) encontraron que los individuos con cáncer son menos asertivos, suprimen emociones negativas y aceptan más una autoridad externa. Otros reportan que son menos capaces de tratar con enojo y hostilidad, y a menudo se sienten desesperanzados o pierden su "razón de ser" en respuesta a eventos traumáticos

En contraste al argumento anterior, Muñoz Genchi (1997) menciona que pacientes con cáncer presentan una conducta cordial, bien adaptada a su medio, cooperativos, más activos que el promedio, sociables y agradables pero tienen temor de estar en grupo, pueden ser pasivos, verse inhibidos, o por el contrario muy extrovertidos, líderes y con deseos de vivir.

Es así que resulta importante tomar en consideración las características de personalidad de la paciente mastectomizada para saber que no todas van a tener reacciones psicológicas iguales, quizás se presente un mosaico global de estas reacciones pero no todas las mujeres mastectomizadas las van a presentar.

Enfermedad.-

En lo que concierne a la enfermedad en específico, si bien en el paciente, el trastorno psicológico a veces esta íntimamente ligado al curso de la enfermedad física. Tal vez de mayor importancia es la significación que para el paciente tiene la parte del cuerpo afectada (Flórez Lozano, 1994).

Se ha sugerido que la enfermedad inhabilitadora es más temible para los hombres mientras que lo desfigurante lo es más para las mujeres (Verwoerd, 1972; cit. en Flórez Lozano, 1994).

Si la enfermedad crónica concede mas tiempo a la paciente para la adaptación a la incapacidad, pero es probable que cualquier trastorno psicológico asociado persista dadas las implicaciones de la incapacidad prolongada que conlleva la enfermedad.

Entorno social.-

El entorno social más inmediato es importante en función de las respuestas emocionales que los parientes cercanos y amistades dan a la actitud del propio paciente. Además de los efectos que producen las relaciones con familia, amigos y otros, la calidad de la relación entre paciente y componentes del equipo terapéutico ejerce evidentemente una profunda influencia sobre el modo en que un individuo reacciona frente a la enfermedad.

3.2.2 REACCIONES PSICOLÓGICAS DE LA MUJER MASTECTOMIZADA

Ya que han sido revisados los factores (paciente, enfermedad y entorno social) que influyen sobre la respuesta psicológica, se examinarán a continuación los aspectos psicológicos que se hacen presentes en la mujer mastectomizada.

Tras el largo proceso por el que tiene que pasar la mujer ya después de que ha sido operada, y aún antes de la cirugía, la mujer mastectomizada se enfrenta a situaciones que quizás en ese

momento no tenía previstas y que en ningún momento había pensado que le estaban ocurriendo a ella, por lo cual la paciente mastectomizada recurre a los procesos de defensa que generalmente se vale el individuo para luchar contra la adversidad (Lazarus et al., 1991).

Cuando recurre a estrategias de defensa, estas se hacen presentes por la situación que esta enfrentando y por consiguiente surgen reacciones psicológicas a raíz de esta situación llamada mastectomía y por lo tanto también le va a causar malestar. Así, se describirán a continuación estas reacciones:

♣ Adaptación psicológica.

De acuerdo a Flórez Lozano (1994) las pacientes no afectadas por un conflicto psicológico mayor comprenden su enfermedad, buscan consejo médico y cooperan activamente con el tratamiento. Suponiendo con el consejo dado sea adecuado, cabe esperar que este patrón de comportamiento provoque máximas posibilidades de recuperación.

Durante la enfermedad las actividades se modifican con arreglo al grado de incapacidad física, pero al llegar la recuperación se abandona el rol de la paciente y se reanudan las actividades previas a la enfermedad.

♣ Ansiedad

Existen probabilidades de que la ansiedad sea dominante cuando se considera a la cirugía como amenaza potencial. En la práctica, la ansiedad y la depresión suelen coexistir, pero existe cierta evidencia (Casem y Hackett, 1971 en Flórez Lozano, 1994) de que tras un infarto de miocardio, la ansiedad predomina en los primeros dos días, mientras que la depresión es más común posteriormente, en el tercer o cuarto día. La ansiedad es probablemente más intensa en el momento de máxima incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, como sucede en los dos días siguientes a un episodio agudo. La ansiedad específica de carácter fóbico puede producirse durante el curso de una enfermedad, y persistir tras la recuperación física. La fobia puede ser contra procedimientos médicos específicos, en cuyo caso impide el tratamiento ulterior o la propia enfermedad.

♣ Depresión.

Es probablemente el trastorno psicológico más común que acompaña a la enfermedad física; una sugerencia generalizada es que la depresión se produce cuando la enfermedad significa pérdida, que puede ser anatómica, funcional o simbólica.

El individuo deprimido parece recibir la enfermedad del cáncer como algo "aceptable", para no decir "merecido". Es como si se pudiese imaginar a estas personas recibiendo un castigo por algo que hicieron o dejaron de hacer presentando un sentimiento de resignación, casi como si lo creyesen "justo".

Con respecto a esto, Flórez Lozano (1994) afirma que la reacción depresiva dependería de la pérdida afectiva, del objeto perdido. La pérdida total (muerte) o la muerte afectiva (separación) de seres queridos, la interrupción de una actividad gratificante y estimuladora (divorcio, pérdida de trabajo, etc.) son factores desencadenantes de reacciones depresivas.

De acuerdo con Marsillac (1978), el paciente con cáncer, en general, está deprimido y se encuentra sometido a un intenso estrés. Con cierta frecuencia, se consigue disociar una depresión previa a la aparición del tumor. En la entrevista clínica, dicho sujeto puede haber experimentado diversos sentimientos, tales como inseguridad, temor, hostilidad o culpa; incluso, el propio paciente asocia la enfermedad a este conjunto de factores emotivos.

Heeringen, Moffaert y Cuypere (1989) llevaron a cabo un estudio acerca de la depresión manifestada después de la cirugía de cáncer de mama, presentando un alto nivel de depresión no tanto por el diagnóstico y el hecho de que iban a ser operadas sino más bien ante la realidad de que iban a ser mutiladas teniendo importantes consecuencias, ya que el seno femenino a parte de estar relacionado con las funciones sexuales, estaba el valor simbólico que ellas le daban y ante esta inminente amputación tenía consecuencias en la auto imagen, sus sentimientos, su feminidad y su funcionamiento social.

Probablemente, en relación con el impacto del diagnóstico, una vez que la mujer es consciente de su grave enfermedad, una vez que ha percibido la enfermedad y sus posibles consecuencias, incluyendo el dolor y la muerte, así como las posibles desfiguraciones y/o amputaciones radicales (mastectomía radical) se produce la depresión. 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 también visión negativa del entorno, se produce, a sí mismo, una ruptura de la autoestima, porque la enfermedad nulifica el símbolo de la feminidad, de la sexualidad, de su propio yo, de su propia existencia (Flórez Lozano, 1994).

Surge, por lo tanto, una crisis de angustia muy intensa que se traduce finalmente en una crisis "existencial", de tal suerte que en ocasiones la mujer afectada realiza la siguiente sentencia: "asi no merece la pena vivir", "no quiero seguir adelante" o "quiero acabar con esto yá".

☐ Reacción paranoide.

Los que se inclinan por esta reacción psicológica como un mecanismo de defensa pueden considerar la enfermedad como un enemigo o un castigo injustificado. El paciente tiende a reprochar a otra persona, tal como un paciente o un médico, su propio mal (Orbach y Bieber, 1957; Cit. en Flórez Lozano, 1994).

☐ Negación de la enfermedad.

Se utiliza el término negación para describir una amplia gama de reacciones psicológicas de resistencia. En un extremo del abanico se refiere al rechazo completo de hechos desagradables o de emociones que se relacionan con la enfermedad; en el otro extremo del abanico la negación describe la tendencia a ignorar o minimizar la evidencia de enfermedad o incapacidad que de ella se deriva.

☐ Preocupación por la enfermedad.

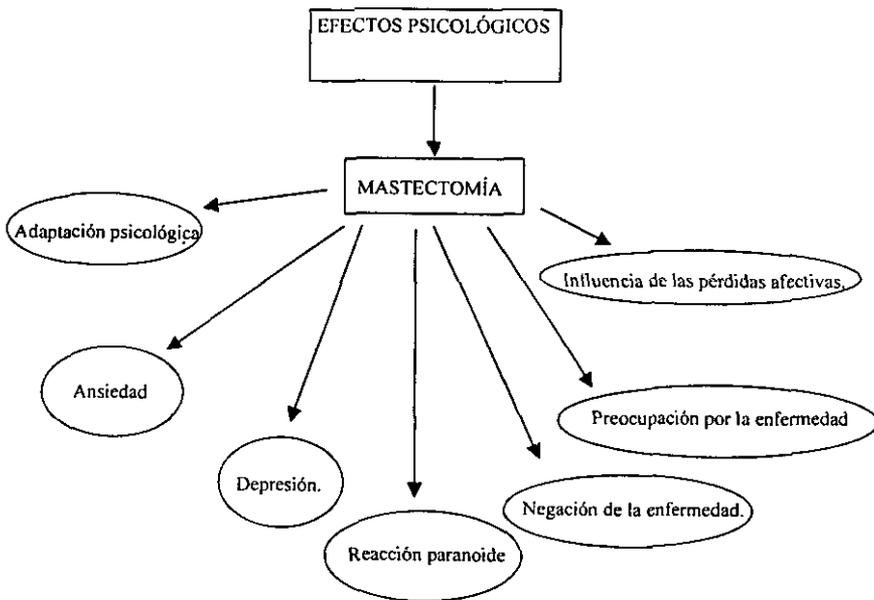
Se caracteriza por una tendencia del paciente a buscar toda la información posible sobre su enfermedad y el tratamiento, ya que la ignorancia y la incertidumbre son mal toleradas. El tratamiento prescrito se cumple en sus mínimos detalles con frecuencia desplazando a otros intereses, por lo que la atención se centra totalmente en la enfermedad (Flórez Lozano, 1994).

☐ Influencia de las pérdidas afectivas.

Ante la pérdida de un familiar o de un ser querido para la paciente mastectomizada. Estas pérdidas no son necesariamente muertes, sino el que se vaya un hijo, el que la pareja la abandone, aunque la muerte de la pareja, y sobre todo, la del hijo suele ser más significativas, ante estas pérdidas la mujer suele sentirse más desolada y desesperanzada agravando más su padecimiento o

descuidando las recomendaciones del médico; en tanto si ella se recupera pronto de esta pérdida el sentimiento de esperanza, de ser útil, de lucha por la vida disminuye la gravedad de los síntomas de la cirugía (Flórez Lozano, 1994). (Ver figura 1)

Figura 1.
Efectos Psicológicos de la Intervención Quirúrgica en la Mujer con cáncer de Mama



En similitud con lo anterior el Dr. Olper Palacci, (2000) menciona que la ansiedad, depresión y enojo son de las principales alteraciones psicológicas que presenta la mujer mastectomizada en México, señalando varios puntos:

En primer lugar debe haber un ajuste psicológico por parte de la paciente ante situaciones premórbidas y ante la postmastectomía.

En segundo lugar, hay que tomar en consideración que ciertos efectos psicológicos se tornan más potentes dependiendo en el estadio de vida que hayan ocurrido, si es en edad joven 20-35 años aproximadamente, se va a ver afectada la feminidad y la

autoestima, si es en edad avanzada 40 a 65 años aproximadamente, se va a ver amenazada su vida.

En tercer lugar es importante tener estrategias para enfrentar esta situación (evitando así reacciones psicológicas negativas) como la confrontación, control y cooperación, estar en rehabilitación, apoyo social, tipo de personalidad y contención.

En cuarto lugar hay que considerar la presencia de un soporte social como lo va a ser el marido, novio o pareja, la familia, la sociedad y el médico. También es muy importante el buen apoyo de la misma paciente, por ejemplo ver la cicatriz tempranamente, participación en decisiones, buena información a todos

Y por último tratar de evitar las fobias, por ejemplo a la anestesia, quimioterapia y la cirugía, así como también evitar el miedo al quirófano y a la pérdida de control. De acuerdo a la opinión del Dr. Olper Palacci (2000) de un 10% a un 56% presentan un problema mayor después de la mastectomía que afecta el ámbito funcional, social y emocional de la mujer operada.

Con respecto a estudios llevados a cabo con relación a las repercusiones psíquicas y la mastectomía. Morales, Granada, Guerrero, Penedo y Muñoz (1997) estudiaron la adaptación psicológica en el cáncer de mama, elaborando una comparación entre mastectomía y cirugía conservadora en 30 pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales (13 tratadas con cirugía conservadora y 17 con mastectomía), Señalando que la prevalencia de alteraciones psíquicas en el cáncer de mama oscila entre un 25-35% según estudios y en general son trastornos ansiosos y/o depresivos. Encontrando que en el grupo que estudiaron observaron psicopatología ansiosa en un 30% de los casos y depresiva en el 23.3% siendo ambas patologías de intensidad moderada. Sugieren estos autores que el tratamiento de estadios precoces del cáncer de mama, la cirugía parcial tiende a presentar mayor psicopatología y mayor preocupación por la salud y el tratamiento recibido lo que quizás podría mejorar si se ofrece una información detallada acerca de los mismos resultados que se obtienen con ambas técnicas.

Con relación a lo anterior, Coll Espinosa, González y Navarrete Montoya (1991) llevaron a cabo una investigación que abarca dos aspectos importantes en el tratamiento del cáncer de mama: el estado psíquico de las pacientes y las consecuencias psíquicas de la mastectomía radical.

Con relación al estado psíquico se describen diferentes cuestiones con que se encuentran la paciente: el momento de aparición de la enfermedad, el sueño, la sexualidad, la tendencia al "control emocional", el estado emocional variable y malhumor, problemas familiares traumáticos y relaciones familiares.

Con respecto de la mastectomía se señala la inconveniencia de la intervención radical debido a los problemas de frustración y representación de la imagen corporal que viene a significar a las pacientes, asociándose con la feminidad, la maternidad y la sexualidad. Finalmente se señala la importancia de que las pacientes pueden ponerle palabras de sentido a su enfermedad a fin de facilitar el descentramiento de la vivencia traumática de la enfermedad.

3.2.3 FACTORES EMOCIONALES Y LA MUJER MASTECTOMIZADA.

En realidad, la idea de que el cáncer puede estar relacionado con factores emocionales es bastante antigua. De hecho, en el tratado de Galeno sobre los tumores, ya se indicaba que las mujeres melancólicas, que presumiblemente tenían demasiada bilis negra, eran mucho más susceptibles al cáncer que cualquier otro tipo de mujeres. En la literatura médica y psicológica no es fácil encontrar este tipo de interrelación entre los factores afectivos y esta grave enfermedad (Flórez Lozano, 1994).

Se ha observado en párrafos anteriores que también se han mencionado las emociones ya que forman parte integral de las reacciones psicológicas de la paciente. Así mismo, LeShan (1977 en Flórez Lozano, 1994) sugirió, desde una perspectiva psicoanalítica, que entre los factores psicológicos más importantes presentes en las personas con cáncer se encontraban los siguientes: "desesperanza", "desamparo", incapacidad por parte del individuo para expresar ira o resentimiento, una marcada cantidad

de auto aversión y desconfianza y, lo más significativo, la pérdida de una relación emocional importante.

Una hipótesis constada en la mayoría de los trabajos psicológicos era que las enfermas de cáncer de mama tenían dificultades para expresar sus sentimientos hostiles, es decir una inhibición general del mundo emocional de las pacientes. Por el contrario, Greer (1979 en Flórez Lozano) observaron un resultado más favorable después de la mastectomía en las mujeres que tenían un espíritu luchador, mientras que los resultados peores estaban asociados, bien con sentimientos de desesperanza/desamparo, o con una aceptación estoica de la enfermedad.

Así pues, hemos observado que los datos psicológicos que podemos manejar hasta el momento actual nos indican que la desesperanza y/o una incapacidad para expresar las emociones son una característica de las pacientes con cáncer. Algunos estudios han puesto de manifiesto que la característica más singular de las mujeres con cáncer de mama es la tendencia al masoquismo y a la constricción emocional. Paralelamente son incapaces de enfrentarse con la cólera o con la hostilidad (Woth, 1976 en Flórez Lozano, 1994).

El control emocional, la expresión emocional restringida, la disminución de la agresividad, las tendencias depresivas y/o masoquistas, la desesperanza y los sentimientos de pérdida, son algunas características que se repiten casi de continuo en las exploraciones de la personalidad de las mujeres con cáncer de mama.

Por otro lado, para López Pérez., Polaino Lorente y Arranz, P. (1992) señalan que cualquier persona que sufre una incapacidad física o una enfermedad crónica irreversible experimentará una pérdida importante y dolorosa, tanto en el terreno físico como en lo emocional. Las emociones que se experimentan ante la pérdida de un miembro o una parte del cuerpo, pueden ser comparables a las que se experimentan ante la muerte de un ser querido. Existe duelo por la función, por la imagen corporal, por las satisfacciones que proporcionaba dicha función y que ahora son negadas y por la pérdida de las expectativas que se basaban en el supuesto de que se disponía de ella.

A continuación se mencionarán los diversos tipos de síntomas que dominan en la mujer con cáncer de mama, una vez que se ha producido un estado emocional desequilibrado subsiguiente a la propia enfermedad.

SÍNTOMAS SIGNIFICATIVOS EN MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA.

Síntomas

EMOCIONALES	COGNOSCITIVOS	VEGETATIVOS
Preocupaciones	Dificultad de concentración	Anorexia
Soledad	Mala memoria	Astenia
Sensación de fracaso	Pesimismo	Trastornos del sueño
Impulso de llanto	Auto acusación	Inquietud
Poca autoestima	Irritabilidad	
Sentimiento de inutilidad		
Tristeza		
Pérdida de interés		

Ahora bien, según Flórez Lozano (1994) cuando las enfermas conocen su diagnóstico, hablan de él y utilizan estrategias psicológicas de tipo catártico. Posiblemente utilizan el hablar de la enfermedad como una forma de librarse de las preocupaciones. La verbalización puede ser una fórmula perfectamente adecuada para enfrentar la cirugía, expresando las emociones de ira y de hostilidad, porque la enfermedad, le ha ocurrido precisamente a ellas. A continuación podremos apreciar algunas necesidades emocionales insatisfechas en la mujer con cáncer de mama, así como las correspondientes reacciones psicológicas. Si consideramos, una vez más, que la pérdida de la mama, supone una "pérdida de objeto simbólico" de gran relieve en la psicología femenina, entonces no resulta extraño o complicado entender las reacciones de cólera o enojo que terminan finalmente -en ocasiones- en una profunda depresión.

* PROBLEMAS RELATIVOS A LAS NECESIDADES EMOCIONALES INSATISFECHAS.

Los tipos de síntomas que probablemente se manifestarán en esta área son los siguientes:

1. - AGRESIVIDAD. La agresividad puede dirigirse hacia sí mismo o hacia otros; puede observarse en conductas ansiosas antisociales o actitudes rebeldes.

2. - RECHAZO O AISLAMIENTO. El rechazo puede manifestarse en forma física o emocional eludiendo el examen de sí mismo requerido para obtener madurez intelectual.

3. - SUMISIÓN.- en este caso puede producirse un exceso de sumisión hacia otros con el propósito de satisfacer las necesidades de cariño, afiliación; las relaciones con otros se consideran dependientes de tal sumisión.

Martínez López (1997) menciona que con respecto al cáncer mamario y el cáncer cervico-intrauterino existe similitud en las emociones que manifiestan las mujeres y que son mencionadas a continuación:

- Culpa ante la enfermedad
- Miedo al dolor y a la muerte
- Miedo al deterioro físico y al abandono
- Preocupación por la familia
- Intranquilidad espiritual
- Tristeza a la pérdida del rol

En todos los estudios psicoafectivos, la familia también constituye una variable muy importante: la integración familiar, la estabilidad afectiva, el equilibrio de los miembros de la familia, el apoyo mutuo y una vida auténticamente comunicativa, parecen mostrarse como elementos que apoyan a favorecer las emociones positivas para bienestar de la paciente. Y aún más, es de suma importancia la cercanía existente entre su pareja (que forma parte esencial en el núcleo familiar) de la mujer sometida a la mastectomía

3.3 CERCANÍA

Dada la importancia de este constructo como aspecto integrante en la relación de pareja, esa necesidad imperante de estar uno cerca del otro, eso que muchas parejas no se pueden explicar con palabras, pero que esta latente la necesidad de estar juntos para satisfacer ese requerimiento de apoyo, cariño, dependencia, etc., a eso le llamamos cercanía y no sin ser menos importante en el caso de la mujer mastectomizada resulta de mayor impacto el estar cerca de su pareja para saberse querida y poder enfrentar mejor las situaciones adversas y tratar de minimizar emociones negativas. Pero para poder explicar esta conducta abierta que la persona expresa ante su pareja es necesario conceptualizarla para facilitar su entendimiento y medición.

3.3.1 Definiciones de cercanía.

Existen varias definiciones del constructo de cercanía, entre ellas están las siguientes:

ψ Se define a la cercanía como el grado en el cual la gente se ve a sí misma perteneciendo al otro. (Tesser, 1987; cit. en Sánchez Aragón, 1995).

ψ Kelley, H.H. & Thibaut, J.W. (1978) indican que el proceso de cercanía va a afectar de manera relevante la experiencia de emoción en las relaciones de pareja.

ψ Clark y Mills (1979) mencionan que una relación cercana es de índole mutuo en el cual los miembros están interesados a actuar para satisfacer las necesidades del otro, ya que esperan un efecto recíproco para sí mismos.

ψ Aron y Aron (2000) consideran que la cercanía entre ambos miembros de la pareja es la interconexión, la interrelación, las dos entidades interconectadas, confundidas ya que uno se encuentra incluido en el otro. Además de señalar que la cercanía es aquello que distingue a los diversos tipos de relaciones interpersonales como: amistad, parentesco, de pareja, etc.

ψ Kelley, Berscheid, Christensen, Harvey, Huston, Levinger, McClintock, Peplau y Peterson (1983, cit. en Sánchez Aragón, 1995) manifiestan que es de utilidad observar a la diada como cercana cuando se caracteriza por alta interdependencia de

actividades entre dos personas que se manifiestan cuatro propiedades:

1. Cada uno de los miembros de la pareja tiene impactos frecuentes sobre el otro miembro.
2. El grado de impacto por cada ocurrencia es fuerte.
3. El impacto implica diversos tipos de actividades para cada persona.
4. Estas series de actividades interconectadas tienen una duración de tiempo relativamente larga.

ψ Finalmente Clark y Reis (1988) establecen que la cercanía es un proceso que subyace al fenómeno de las relaciones y que pertenece a la infraestructura interna de la relación.

Al analizar las conceptualizaciones anteriores que han sido manejadas por varios autores, resulta interesante observar, que existen rasgos de similitud entre ellos, como: aspectos que tienen que ver con la intimidad, involucrarse emocionalmente, el comprometerse en una relación, por lo cual es claro observar que son las partes integradoras de la cercanía y que a partir de ellas se establece un vínculo afectivo y de interacción, además de ver a cada miembro de la pareja como parte del otro, esto es, que dichas definiciones reflejan la importancia de la interdependencia en la pareja.

Existe un significado cognoscitivo de la interdependencia conductual para cada miembro de la relación cercana, de las cuales se desprenden dos importantes y son mencionadas a continuación:

1. La cercanía como una forma de compartir las características del otro. Se refiere a la postura freudiana sobre la identificación, que aunque esta se ha asociado principalmente a la Cercanía entre padres e hijos, ha sido usada también en otros contextos. En cuanto al trabajo realizado en Psicología social, Tesser (1988; cit. en Sánchez Aragón, 1995) mostró que cuando no hay competencia en la pareja, los miembros reflejan probablemente mayor placer ante los logros del otro miembro, siempre y cuando haya cercanía. Reik (1944) plantea que la gente busca parejas románticas que posean aquellas características faltantes en su propio yo ideal.
2. La cercanía como una perspectiva cambiada actor/observador. Diversas aproximaciones en Psicología Social ponen énfasis en las diferencias entre la perspectiva y atribuciones que hace la gente de su propia conducta en comparación a la conducta de los otros

(Sánchez Aragón, 1995). Contrario al efecto de diferencias actor-observador, algunos estudios sobre relaciones de pareja sugieren que tales diferencias decrecientan cuando se tiene una relación cercana con otra persona. Brenner (1973) realizó un estudio en el cual se observó que una persona recordaba en mayor o menor medida la ejecución de otra (en una tarea de laboratorio) dependiendo de si esta otra era un compañero de habitación, un extraño o su pareja romántica.

Según la Teoría de la Interdependencia (Rusbult y Arriaga, 1997) existen tres componentes que constituyen los elementos de la interdependencia y producen efectos sobre la interacción:

- Control Reflexivo: se refiere al grado en el cual una persona controla sus propios efectos de interacción, independientemente de la conducta de su pareja.
- Control Predestinado: tiene que ver con la influencia de las acciones del otro miembro de la pareja en los propios efectos. Cuando este control es unilateral, el actor es dependiente de su pareja. Cuando esta dependencia es mutua, los efectos de ambos miembros son interdependientes.
- Control Conductual: refleja el grado en el cual los efectos de la interacción son una función de las acciones conjuntas de ambos miembros.

Tomando en cuenta esta aproximación, las decisiones acerca de las acciones conjuntas en la pareja son constantemente afectadas por el control propio de las acciones, la influencia provocada por las acciones del otro y la evaluación de la interacción de los efectos de ambos miembros de la pareja. Ahora bien, cuando se está hablando de la interdependencia entre los miembros de una pareja, del grado de cercanía de una relación, es central abordar dos de las combinaciones de estos tipos de control, Control Mutuo Predestinado (CMP) y Control Conductual Mutuo (CCM) ya que con ellos se valoran el impacto de las acciones de cada uno de los miembros de la pareja sobre los efectos del otro (Sánchez Aragón, 1995).

Como se puede observar este enfoque encierra varias explicaciones que aportan un mejor entendimiento del concepto de Cercanía, considerando que la atribución que se hace de una conducta, se encuentra modificada por el vínculo emocional que se

tiene con otra persona, lo cual implica que dentro de la relación de pareja se da una demostración de emociones, sentimientos, pensamientos, etc., que hace más complejo el estudio de la cercanía. Además de mostrar un intercambio de costos y recompensas como parte de la formación de expectativas de beneficio dentro de la relación pareja. Así, la interdependencia da a la relación la apariencia de cercana.

Los postulados de algunos estudios sobre interdependencia están basados en la Teoría de la Equidad los que han arrojado resultados consistentes en lo tocante a la creencia en las parejas sobre equidad, observándose que en las relaciones equitativas sus miembros están más seguros de estar juntos en un futuro que aquellas parejas quienes no consideran a su relación equitativa; asimismo, es menos probable que tengan aventuras reportan mayor gusto por conocer a su pareja y experimentan más afectos positivos y menos negativos en sus relaciones (Walster, Walster y Berscheid, 1978 en Sánchez Aragón, 1995).

La Teoría de la Equidad, Hatfield, Traupmann, Utne y Hay (1985; cit. en Sánchez Aragón, 1995) han ofrecido cinco proposiciones que tiene que ver con las relaciones íntimas: las relaciones equitativas son más susceptible de llegar a altos niveles de intimidad, asimismo los miembros de la pareja se sienten más satisfechos y menos angustiados cuando perciben equidad, es decir, hay mayor estabilidad y posibilidad de éxito en la relación. Cuando la falta de equidad existe, los miembros de una pareja íntima tratarán de restablecer la equidad después de crisis y transiciones, la pareja trabajará para recuperar la equidad o terminará la relación. Se han observado diferencias sexuales en torno a la equidad, estos autores encontraron que las mujeres se angustian más cuando se sienten más beneficiadas con la relación que sus parejas, mientras que los hombres se sienten angustiados por un bajo beneficio. Sprecher (1986), demostró que para los hombres la impresión de falta de equidad esta igualmente relacionada a emociones positivas y negativas, mientras que para las mujeres la falta de equidad esta más relacionada con emociones negativas. Tanto la Teoría de la Interdependencia (Rusbult, et al., 1997) como la Teoría de la Equidad (Walster, et al., 1978; cit. en Sánchez Aragón, 1995), brindan un marco referencial hacia el mejor entendimiento de la Cercanía en la relación de pareja, ya que confirman la importancia de la dependencia emocional, conductual y cognoscitiva entre sus miembros, así como de la equidad entre aspectos positivos y

negativos durante su interacción, lo cual va a reforzar el incremento de intimidad-cercanía. Permitiendo a ambos miembros de la díada involucrarse más directamente con las preferencias, sentimientos del otro miembro y sentirse de esta manera satisfecha ante los logros y cumplimiento de las necesidades del otro.

3.3.2 Medición de la Cercanía

Con respecto a la Cercanía como constructo psicológico ha sido fuente de riqueza y ambigüedad (precisamente por sus diversas definiciones y los múltiples correlatos asociados). Por dicha situación, se han realizado varios esfuerzos por obtener una medida confiable y válida que se acerque a la esencia misma de la interdependencia entre los miembros de la pareja.

Berscheid, Zinder y Omoto, (1989) condujeron un estudio en el cual crearon y aplicaron un Inventario de Cercanía en la Relación (RCI), que intenta medir la Cercanía como un constructo multidimensional. Este consta de la cantidad de tiempo de convivencia entre la pareja (frecuencia), la variedad de interacciones que los comprometa a los dos (diversidad) y el grado de influencia percibida que tienen cada uno de ellos en las decisiones, actividades y planes del otro (alcance). Estas dimensiones corresponden a tres de las cuatro propiedades características de "actividades interconectadas" de las relaciones cercanas descritas por Kelley, et al., (1983; cit en Sánchez Aragón, 1995), considerando que la cuarta propiedad como la duración de la relación. La subescala de frecuencia, cuestiona el número de horas y minutos en los cuales el sujeto está con su pareja en una mañana, tarde o noche normal; la subescala de diversidad consiste en una lista de 38 actividades realizadas por la pareja durante la semana inmediata anterior; y la subescala de alcance incluye 34 reactivos en una escala de tipo Likert acerca de la influencia que tiene cada miembro sobre su pareja en lo que respecta a la vida de cada uno. Así, las tres subescalas proporcionan un puntaje de cercanía general. Considerando que estas tres propiedades dan una medida de Cercanía aplicable a una gran variedad de tipos de relaciones y marca el núcleo subyacente del significado de la Cercanía.

Tomando en consideración estos hallazgos, Aron et al. (2000) propusieron otra forma de medición de la Cercanía con base en su definición (inclusión de un miembro de la pareja en el otro), esta idea ya había sido expresada antes por otros teóricos como Levinger y Snoek (1972; cit en Sánchez Aragón, 1995) mediante diagramas de Venn.

El principio que guía la idea de integración entre dos personas en una relación cercana, es que la persona actúa como si algunos o todos los aspectos de la pareja estuvieran parcialmente en la propia persona (un sentido de fusión entre el yo y el otro). Aron et al., (2000), enfatizaron que los tres aspectos del yo parecen estar incluidos en este proceso: recursos, perspectivas y características. Estas categorías de los aspectos del yo corresponden en un sentido general a las implicaciones cognoscitivas de la Cercanía.

Así, la propuesta de Aron et al. (2000) es una medida de un único reactivo pictórico que intenta tocar directamente en el sentir de la interconectividad interpersonal. La Escala de la Inclusión del Otro en el Yo (EIOY) requiere que quien responde, seleccione la imagen que mejor describa su relación, a partir de una serie de diagramas como los de Venn, cada uno representando diferentes grados de traslape de dos círculos. Dichos diagramas fueron diseñados de modo que: 1) el área total de cada figura sea constante y 2) el grado de traslape progrese linealmente.

CAPÍTULO 4. Método

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ⓐ lo largo del tiempo se ha observado que el ser humano crea cierto tipo de respuestas necesarias que le han servido de defensa cuando presencia en su vida cotidiana situaciones estresantes. Una de las definiciones más integrales, se refiere al enfrentamiento como los pensamientos y actos usados por un individuo para manejar las demandas internas y/o externas que bloquean o exceden sus recursos psicológicos (Lazarus et al., 1984). Esto ha permitido observar que, una situación estresante exige a quien la vive, formas particulares de reaccionar; este es el caso de las mujeres mastectomizadas, quienes al experimentar una situación crítica probablemente respondan en formas particulares ante la propia cirugía y ante su ambiente afectivo más inmediato: su pareja. Es por lo dicho que resulta interesante evaluar como impacta su condición en la forma de percibir cercanía con su pareja.

De acuerdo al planteamiento anterior el presente estudio tuvo como pregunta de investigación, conocer:

¿Cuáles son y qué efecto tienen los estilos de enfrentamiento a la mastectomía y las emociones ante ésta, sobre la percepción de cercanía con la pareja?.

Así, los objetivos del presente estudio fueron:

- I. Crear y validar una escala para evaluar los estilos de enfrentamiento a la mastectomía y a la pareja.
- II. Crear y validar una escala para evaluar las emociones de mujeres mastectomizadas con pareja.
- III. Conocer cuáles son las emociones que se manifiestan con mayor frecuencia después del tratamiento de la mastectomía en estas mujeres con pareja.

- IV. Conocer cuáles son los estilos de enfrentamiento utilizados por las mujeres mastectomizadas.
- V. Conocer las relaciones existentes entre los estilos de enfrentamiento, las emociones y la percepción de cercanía con la pareja.
- VI. Conocer los efectos del enfrentamiento y las emociones en la percepción de cercanía con la pareja.
- VII. Conocer si se brinda apoyo de parte de la pareja que haya sido percibido por la mujer mastectomizada

VARIABLES

El presente es un estudio correlacional ex post facto, en el que las variables de principal interés fueron: Estilos de Enfrentamiento, Cercanía y Emociones (como variables de Criterio) y Tiempo de la relación (como variables sociodemográfica de la muestra).

Definición Conceptual y Operacional de las Variables Dependientes o Criterio.

En lo que respecta a la definición conceptual de las variables consideradas para este estudio son las siguientes:

- ♥ **Estilo de Enfrentamiento**: Conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus et al., 1984).
- ♥ **Cercanía**: El principio que guía el grado de intimidad y la idea de integración entre dos personas en una relación cercana, la persona actúa como si algunos o todos los aspectos de la pareja estuvieran parcialmente en la propia persona (Aron et al., 2000).
- ♥ **Emoción**: La emoción es un proceso bastante complejo; incluye un amplio rango de conductas observables, sentimientos expresados, y

cambios en estados corporales, lo cual llamaríamos constelaciones características de respuestas corporales (Rosenzweig, 1992).

♥ **Reacción de la pareja según reporte de la mujer mastectomizada¹**: Es la percepción que tiene la mujer mastectomizada de cómo reaccionó su pareja cuando le comunicó que iba a operarse.

La definición operacional de las variables mencionadas estará basada en los puntajes obtenidos en la escala elaborada para obtener los estilos de enfrentamiento en las mujeres mastectomizadas con su pareja, que consistió en una serie de reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta , así como en los puntajes obtenidos en la escala elaborada para obtener las emociones que experimentan estas mujeres que pasaron por la cirugía, esta escala consistió en una serie de palabras que se usaron para describir las emociones experimentadas, es de tipo Likert con siete opciones de respuesta de que tanto había sentido esa emoción y en la Escala de Inclusión del Otro en el Yo (Aron et al., 2000) y requiere que quien la responde, seleccione una imagen que mejor describa su relación de pareja en una serie de siete diagramas (como los de Venn), cada uno representando diferentes grados de traslape de dos círculos. Esta escala es un reactivo en escala tipo likert.

Definición Conceptual y Operacional de la Variable Sociodemográfica.

Las Variables utilizadas como descriptoras de la muestra son variables que intentan conocer las características sociales de los individuos.

◆ **Tiempo en la relación**: Es el lapso de durabilidad en la unión de una pareja (Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1986).

Su definición operacional depende de las respuestas que den los sujetos a la sección de datos sociodemográficos.

¹ Esta variable fue explorada a través de una pregunta abierta que será analizada a través de la Técnica de Análisis de Contenido

HIPÓTESIS

Con respecto a la idea de que el individuo responde diferencialmente ante determinadas situaciones que le provocan diferentes grados de estrés. Se considera que en especial ante situaciones críticas como la mastectomía, que implica percibir la situación como incomoda, tener que enfrentar su situación y ante su pareja de algún modo, presenciar un matiz de cambios psico-afectivos en la persona de lo cual se desprenden varias hipótesis:

- Ψ Las mujeres mastectomizadas mostrarán estilos de enfrentamiento muy específicos y/o distintos de los observados en la literatura.
- Ψ La mujer mastectomizada a raíz de su situación experimentará en todo su proceso predominantemente emociones negativas.
- Ψ La paciente mastectomizada enfrentará negativamente la relación con su pareja y por lo tanto va a percibir menor cercanía hacia ella.
- Ψ La mujer mastectomizada reportará que su pareja reaccionó positivamente brindando apoyo.
- Ψ A mayor tiempo en la relación de pareja mayor presencia de estilos de enfrentamiento positivos.

SUJETOS

La muestra estudiada fue no probabilística por cuota (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 1998) y quedó comprendida por 150 mujeres mexicanas que habían tenido una relación de pareja o actualmente la tenían y que habían pasado por la mastectomía. Las edades de las mujeres oscilaban entre los 20 y los 75 años de edad, con una media de 47 años. Con una media de escolaridad de secundaria. Predominaban las mujeres casadas por encima de los otros estados civiles, el tiempo en la relación oscila de los 2 años 4 meses a los 53 años y el tiempo de la mastectomía va de un mes a los 18 años.

TIPO DE ESTUDIO

Por las características del estudio que se llevo a cabo, se puede clasificar como un estudio transversal de campo, pues se busca de manera sistemática las relaciones y las pruebas de hipótesis, midiéndose las variables en cuestión en una sola ocasión y en su escenario natural.

El diseño fue de tipo correlacional y descriptivo, primero porque se estimó la relación de las variables y segundo porque se describieron sistemáticamente los hallazgos obtenidos en lo referente a los constructos revisados.

INSTRUMENTOS

a) Inventario de Estilos de Enfrentamiento.

Para la realización de la escala de estilos de enfrentamiento se hizo lo siguiente:

1. Se revisaron definiciones de enfrentamiento.
2. Se revisaron instrumentos que evaluaban enfrentamiento.
3. Se extrajeron las dimensiones de cada uno y se obtuvieron sus definiciones.
4. Se identificaron las áreas o estrategias aplicables a la temática con jueces.
5. Se desarrollaron reactivos que reflejaran cada una de las estrategias con relación a la problemática de las mujeres mastectomizadas. (Anexo 1)

b) Escala de Inclusión del Otro en el Yo.

Para evaluar a la cercanía, se aplicó la Escala de Inclusión del Otro en el Yo (Aron et al., 2000; Sánchez Aragón, 1995). La inclusión del otro en el yo es la forma de definir a la cercanía percibida en la relación de pareja. (Anexo 1)

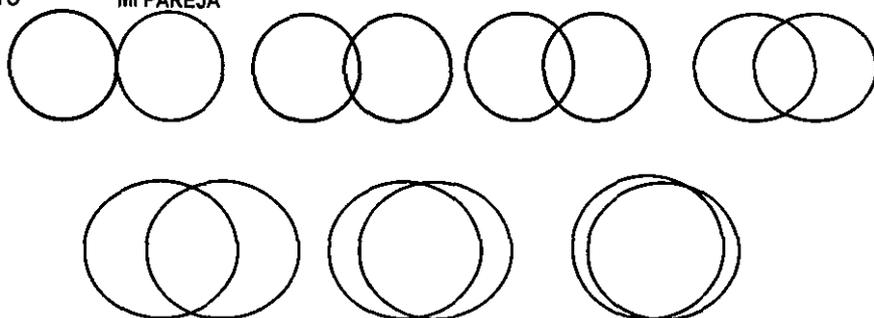
Esta escala consiste en un único reactivo pictórico que intenta tocar directamente en el sentir de la interconectividad interpersonal y requiere que quien la responde, seleccione una imagen que mejor describa su relación de pareja en una serie de siete diagramas (como los de Venn), cada uno

representando diferentes grados de traslape de dos círculos. Esta escala es un reactivo tipo Likert:

Ahora, por favor seleccione y marque con una cruz (x) la imagen que mejor describa su relación de pareja.

YO

MI PAREJA



c) Lista de Chequeo de Emociones

Para la elaboración de la escala de emociones, se revisó en la literatura las emociones que más predominaban en las mujeres mastectomizadas, de estas se hizo un análisis, obteniendo un listado de 17 emociones que representaban el sentir por el cual estaban pasando en ese momento. (Anexo 1)

La escala tiene 7 formas de respuesta de mayor a menor sensación pasando por un punto intermedio, que indica que no se siente ni mucho ni poca de esa emoción, a continuación se mostrará un ejemplo:

Contesta tan rápido como sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión que venga a tu mente. Contesta en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada renglón. Tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerda que debes responder "QUÉ TANTO SENTISTE ESA EMOCIÓN"

QUÉ TANTO SINTIÓ LAS SIGUIENTES EMOCIONES DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA

1	Irmitabilidad	<input type="checkbox"/>						
2	Esperanza	<input type="checkbox"/>						
3	Frustración	<input type="checkbox"/>						

d) Indicador de reacción de la pareja.

Por último se elaboró una pregunta abierta con el fin de conocer cuál era la reacción que presentaba la pareja de la mujer mastectomizada. Para las respuestas obtenidas de esta pregunta se realizó un análisis de contenido, obteniéndose una lista de respuestas que se arrojó en una tabla, para contextualizar mejor los resultados, (Anexo 1) por ejemplo:

Ahora, por favor conteste a la siguiente pregunta.

CUANDO LE PLATiqué A MI PAREJA QUE HABÍA NECESIDAD DE OPERARME, SU REACCIÓN FUE _____

PROCEDIMIENTO

Se aplicó el instrumento con las escalas mencionadas a la muestra descrita, en el Hospital General de México, Instituto Nacional de Cancerología, Casa RETO, con el permiso previo de cada lugar. Se les pidió que contestaran el cuestionario total informándoseles que era parte de un estudio dirigido a conocer cuales son los estilos de enfrentamiento que presentan ante su pareja. Se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas y se les auxilió en caso necesario.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la creación y validación del instrumento de estilos de enfrentamiento se realizó un análisis de frecuencias y X^2 con el propósito de conocer cuáles reactivos habían sido entendidos, posterior a esto, se llevó a cabo un análisis

factorial de componentes principales con rotación ortogonal dirigido a conocer las dimensiones que contenía el instrumento.

Así como para la creación y validación del instrumento de emociones se realizó un análisis de frecuencias y X^2 con el propósito de estimar la discriminación de los 17 reactivos que conformaban la versión original del instrumento, además de llevarse a cabo al igual que en el instrumento de estilos de enfrentamiento un análisis factorial dirigido a conocer las dimensiones que tenía el instrumento y un análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para conocer la estabilidad de cada uno de los instrumentos. Por último, en lo que respecta a las emociones, se elaboró un análisis de frecuencias para conocer cuáles eran las que predominaban más en las mujeres mastectomizadas.

Por otro lado, se llevó a cabo una serie de Análisis de Correlación Producto-Momento de Pearson con el propósito de conocer el grado de asociación entre las variables de estudio.

Subsiguientemente, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple con el propósito de conocer la relación causal entre los estilos de enfrentamiento, las emociones experimentadas por las mujeres mastectomizadas en la percepción de cercanía.

Por último se llevó a cabo un análisis de contenido (significado) para analizar las respuestas a la frase incompleta que contiene el instrumento.

CAPÍTULO 5. Resultados

1. Validación de la Escala de Enfrentamiento.

Inicialmente se realizó un análisis de frecuencias y X^2 con el propósito de conocer cuáles reactivos habían sido entendidos o bien, discriminaban; encontrándose que discriminaron 32. Posterior a esto, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (varimax) dirigido a conocer las dimensiones que contenía el instrumento; se obtuvieron 7 factores con valor propio mayor a 1 y que explicaban el 53.6% de la varianza. Es importante mencionar que de estos factores, tres se eligieron pues fueron los conceptualmente claros y estos explicaron el 38.7% de la varianza. Así, para incluirse los reactivos en cada dimensión, se tomó el criterio de que debían poseer una carga factorial mínima de .38. Posteriormente se realizó el análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para conocer la estabilidad del instrumento obteniéndose coeficientes satisfactorios. Los factores y su confiabilidad se pueden observar en la tabla 1.

Tabla1. Análisis factorial de la Escala de Estilos de Enfrentamiento a la pareja y a la mastectomía.

FACTOR 1 Aceptación y Bienestar con la Pareja	$\alpha=.87$
	Carga Factorial
Puse de mi parte para que con mi pareja resolviéramos el asunto de la operación	.701
Percibí mayor protección de mi pareja	.680
Me dormía antes de que llegara mi pareja	-.661
Acepté hablar de la mastectomía con mi pareja	.647
Cooperé para lograr la satisfacción mía y de mi pareja	.637
No quería saber nada sobre intimidad con mi pareja	-.609
Busqué la ayuda de mi pareja para lograr una solución ante mi mastectomía	.604
Me sentí feliz cuando estaba con mi pareja	.588
Acepté el apoyo de mi pareja	.550
Me sentí querida por mi pareja	.549
Hice todo lo posible para no estar con mi pareja	-.469
Intenté sentirme mejor bebiendo	-.428

FACTOR 2 Esperanza	$\alpha = .85$
	Carga Factorial
Atendí cualquier recomendación de parte del doctor	.766
Valoré aún más mi cuerpo	.719
Hice muchas plegarias pidiendo por mi salud	.693
Le pedí a Dios que me iluminara para enfrentar mi cirugía	.573
Busqué el consuelo de Dios	.570
Recé pidiéndole a Dios que me diera fuerzas para soportar mi enfermedad	.544
Consideré mi cirugía como una manera de salvar mi vida	.471
FACTOR 3 Análisis y Reflexión^{1*}	$\alpha = .79$
	Carga Factorial
Anhelé ser la misma de antes	.805
Hice un recuento de los aspectos favorables de la operación	.753
Me prometí no volver a descuidar mi salud	.648
Me mantuve alerta de cualquier cambio en mi persona	.513
Contabilicé las ventajas a largo plazo en mi vida	.448
Reflexioné más sobre mi mastectomía	.400
Logré ver las ventajas que me proporcionaba la operación	.400
Tomé más en serio mi salud	.394

INDICADOR	Carga Factorial
Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación	.725

INDICADOR	Carga Factorial
Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía	.648

INDICADOR	Carga Factorial
Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación	.453

INDICADOR	Carga Factorial
Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja	.385

^{1*} En lo que respecta al factor tres llamado: análisis lógico (4 reactivos) y al factor cuatro de contabilizar ventajas (4 reactivos), se determinó que existía una similitud en la definición conceptual entre estos dos factores por lo cual se hizo pertinente llevar a cabo un análisis de correlación producto-momento de Pearson entre estos componentes obteniendo una correlación de .58 con un nivel de significancia de .01, por lo tanto se unificaron las dos dimensiones quedando el factor tres llamado análisis y reflexión sobre la mastectomía con ocho reactivos

Así, los factores quedaron compuestos de la siguiente manera: el factor de Aceptación y Bienestar con la pareja posee trece reactivos que se refieren a la disposición de hablar y recibir el apoyo de la pareja a partir de la mastectomía, percibiéndose además conductas manifiestas de protección, cercanía, cariño y cooperación; el factor de Esperanza con siete reactivos tiene que ver acerca del consuelo y la confianza puesta ya sea en el doctor como tal, así como en Dios para lograr el bienestar. El factor tres denominado Análisis y Reflexión habla sobre la lógica y la reflexión sobre los beneficios más prácticos y útiles, así como los aspectos positivos que puede tener la cirugía, y finalmente en lo que respecta a los cuatro reactivos que se designaron como indicadores, versan sobre la inquietud que le causa cualquier cambio experimentado en su persona a partir de la operación y de su expectativa y preocupación del posible rechazo por parte de la pareja. Además de considerarlos interesantes para examinarlos en los siguientes análisis.

2. Validación del instrumento de Emociones.

Se llevó a cabo un análisis de frecuencias y X^2 con el propósito de estimar la discriminación de los 17 reactivos que conformaban la versión original del instrumento, encontrándose que todos discriminaban. Posteriormente, se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal de tipo varimax dirigido a conocer las dimensiones que contenía el instrumento; obteniéndose 3 factores con valor propio mayor a 1 y que explicaban el 61.3% de la varianza y que para poder ser incluidos los reactivos en cada dimensión, debían poseer una carga factorial mínima de .40. Posteriormente se realizó el análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para conocer la estabilidad del instrumento, obteniéndose coeficientes satisfactorios. Por lo tanto, los factores quedaron de la siguiente manera. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis factorial y de confiabilidad del instrumento de emociones

Factor 1	Depresión	$\alpha=.88$
		Carga Factorial
	Preocupación	.887
	Temor	.852
	Tensión	.804
	Ansiedad	.681
	Miedo	.572
	Tristeza	.530
	Melancolía	.526

Factor 2	Culpa	$\alpha = .83$
		Carga Factorial
	Desesperanza	.780
	Culpa	.770
	Vergüenza	.711
	Angustia	.639

Factor 3	Frustración	$\alpha = .80$
		Carga Factorial
	Frustración	.713
	Irritabilidad	.625
	Soledad	.419

INDICADOR		Carga Factorial
	Resignación	-.546

INDICADOR		Carga Factorial
	Tranquilidad	.834

INDICADOR		Carga Factorial
	Esperanza	.843

Por lo tanto, los factores quedan conceptualizados de la siguiente manera. En el factor uno (siete reactivos), denominado Depresión, en donde se agrupan reacciones afectivas propias de la estimulación negativa externa favoreciendo la conjunción de preocupación, temor, tensión, ansiedad, etc. El factor dos, nominado Culpa, esta constituido por cuatro reactivos que se refieren a una agrupación de afectos vinculados a una cuestión moral e internalizada de las emociones que percibe la mujer mastectomizada. En lo que respecta al factor tres, Frustración, este tiene que ver más con enojo e irritabilidad, que se manifiesta ante la frustración por no poder resignarse a vivir así, y por lo tanto se siente sola. Por último, se consideró interesante dejar los reactivos de sentir Resignación, Tranquilidad y Esperanza como indicadores para examinarlos en los siguientes análisis.

2.1 Frecuencias de la escala de emociones

En lo que respecta al grupo de emociones que predominan más en las mujeres mastectomizadas, el factor uno llamado Depresión y que consta de

emociones como: preocupación, temor, ansiedad, tensión, etc., es el que predominó más con una media de 5.57, le siguió el indicador de Esperanza, con una media de 5.44, el siguiente fue el indicador constituido por la emoción de Resignación y presenta una media de 4.87, el que siguió fue el factor tres, designado como Frustración, conformado de emociones como: Irritabilidad, Soledad y la que lleva por nombre y presenta una media de 4.82, el siguiente fue el factor dos, llamado de Culpa y consideró las emociones de: desesperanza, vergüenza, angustia, etc. y muestran una media de 4.78 y por último, la que con menos frecuencia se presenta en la mujer mastectomizada es el indicador formado por la emoción de tranquilidad con una media de 4.70.

3. CORRELACIONES.

Posteriormente, se realizaron una serie de Análisis de Correlación Producto-Momento de Pearson con el propósito de conocer el grado de asociación entre las estrategias de enfrentamiento del instrumento para mujeres mastectomizadas (realizado para esta investigación), la Escala de Inclusión del Otro en el Yo (Aron et al., 2000 en Sánchez Aragón, 1995), así como el instrumento de emociones percibidas diseñado para este estudio.

1) Correlaciones entre Estrategias de Enfrentamiento y Emociones.

En el caso de las relaciones entre Estilos de Enfrentamiento y Emociones se puede observar lo siguiente:

- a) En la medida en que las mujeres se sienten más preocupadas, temerosas, ansiosas, melancólicas, tensas y tristes (Depresión), tienden a percibir mayor deseo de poder cambiar su forma de sentir pues se imaginan que su pareja no las acepta y a esta mayor falta de aceptación y rechazo se encuentra aunado a una mayor atención en los malestares físicos.
- b) En la medida en que las mujeres mastectomizadas se sienten más desesperanzadas, avergonzadas, angustiadas y culpables (Culpa) perciben menos aceptación de su situación lo que favorece poner más de pretexto su operación, además de esperar el rechazo total por parte de su pareja y tratan de poner más atención en algún malestar derivado

de su operación, pero no siguen las recomendaciones del médico ni buscan respuestas en Dios.

- c) En la medida en que las mujeres mastectomizadas se sienten más frustradas, irritables y solas se sienten menos aceptadas por su pareja (Rechazo), lo que les hace desear poder cambiar la manera de cómo se siente para beneficio de su relación.
- d) En la medida en que la mujer mastectomizada se siente resignada a enfrentar lo que venga menos va a esperar el rechazo total por parte de su pareja.
- e) En el momento en que la mujer percibe un sentimiento de tranquilidad acerca de su situación percibe una mayor aceptación hacia la pareja y por consiguiente mayor bienestar en la relación y por lo tanto disminuye el esperar que la pareja la vaya a rechazar.
- f) Por último en la medida en que las mujeres mastectomizadas presenten sentimientos de esperanza logran una mayor aceptación hacia su pareja logrando el bienestar mutuo y por consiguiente disminuye el tratar de dominar a su pareja poniendo como pretexto su operación.

Considerando así que al presentar estrategias más positivas las mujeres mastectomizadas asocian en menor medida la adherencia a emociones un tanto negativas, por el contrario, puede observarse que los indicadores de enfrentamiento son los aspectos que se asocian en mayor medida en el establecimiento de emociones rigurosas que tienen que ver con la incomodidad que le produce en ese momento la cirugía, así como la preocupación del mantenimiento de su relación de pareja. (Ver tabla 3)

2) Correlaciones entre Estilos de Enfrentamiento, Cercanía y Tiempo en la Relación.

En cuanto a las relaciones entre Estilos de Enfrentamiento, sus cuatro indicadores y las emociones vinculados a la cercanía y el tiempo en la relación, se observa que: en general las estrategias y emociones positivas como: aceptación, esperanza, análisis y los indicadores de emoción que llevan por nombres tranquilidad y esperanza, favorecen la cercanía con la pareja a diferencia de las estrategias y emociones negativas como, depresión, culpa,

frustración y los indicadores de enfrentamiento, que entorpecen este vínculo. Asimismo, se observa que a mayor tiempo en la relación mayor presencia de estrategias positivas y menos culpa.

Los resultados muestran lo siguiente:

- a) En la medida en que la mujer operada se percibe más cercana a su pareja tiende a enfrentarla positivamente, además de permitir evaluar los aspectos positivos y benéficos que pudo tener la cirugía para su salud, disminuyendo así la preocupación a ser abandonada y rechazada por parte de su pareja y el deseo de poder cambiar las cosas
- b) A más tiempo en la relación, la mujer mastectomizada percibe mayor esperanza, aceptación y se analiza y se tiende a dominar menos a la pareja usando a la operación como pretexto. (Ver tabla 4)

3) Correlaciones entre Emociones, Cercanía y Tiempo en la Relación.

- a) En lo que respecta a los aspectos emocionales, en la medida en que la mujer mastectomizada percibe cercana la relación con su pareja no van a presentar emociones de frustración, irritabilidad, no se va sentir sola y por consecuencia no va a tener sensaciones de desesperanza, culpa, vergüenza ni angustia, logrando así no sentirse preocupada, temerosa, ansiosa, miedosa, melancólica y triste, permitiendo de esta manera sentirse más tranquila, motivada y esperanzada por salir adelante y no dejarse abatir.
- b) Cuando la mujer mastectomizada tiene más tiempo en la relación, siente menos culpa. (Ver tabla 5)

Tabla 3. Correlaciones entre Estilos de Enfrentamiento y Emociones.

ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO

	Aceptación y bienestar con la pareja	Esperanza	Análisis y reflexión.	Indicador de Enfrentamiento : <i>Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación.</i>	Indicador de Enfrentamiento : <i>Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía</i>	Indicador de Enfrentamiento: <i>Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja</i>	Indicador de Enfrentamiento : <i>Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación</i>
a) Depresión	-.24 **	-	-	-	.36 **	.21 *	.20 *
b) Culpa	-.51 **	-.30 **	-	.32 **	-	.30 **	.20 *
c) Frustración	-.48 **	-	-	-	.16 *	.32 **	-
Indicador: Resignación	-	-	-	-	-	-.19 *	-
Indicador: Tranquilidad	.24 **	-	-	-	-	-.17 *	-
Indicador: Esperanza	.31 **	-	-	-.19 *	-	-	-

*p= .05

**p= .01

EMOCIONES

Tabla 4. Correlaciones entre estilos de enfrentamiento, cercanía y tiempo en la relación en mujeres mastectomizadas.

	Aceptación	Esperanza	Análisis y Reflexión	Indicador de Enfrentamiento: <i>Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación</i>	Indicador de Enfrentamiento : <i>Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía</i>	Indicador de Enfrentamiento: <i>Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja</i>	Indicador de Enfrentamiento : <i>Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación</i>
a) Cercanía	.64 **	-	.31 **	-	-.16 *	-.33 **	-
b) Tiempo en la relación	.21 **	.31 **	.17 *	-.22 **	-	-	-

*p=.05

**p=.01

Tabla 5. Correlaciones entre emociones, cercanía y tiempo en la relación en mujeres mastectomizadas.

	a) Depresión	b) Culpa	c) Frustración	Indicador: Resignación	Indicador: Tranquilidad	Indicador: Esperanza
a) Cercanía	-.18 *	-.27 **	-.40 **	-	.27 **	.16 *
b) Tiempo en la relación	-	-.23 **	-	-	-	-

*p=.05

**p=.01

4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN.

Posteriormente, se llevo a cabo un análisis de regresión múltiple con el propósito de conocer la relación causal entre los estilos de enfrentamiento (Aceptación y Bienestar con la pareja, Esperanza, Análisis y Reflexión, Malestar), las emociones experimentadas por las mujeres mastectomizadas: Depresión, Culpa, Frustración y Esperanza (todas variables independientes), un reactivo de Resignación en la percepción de cercanía (variable dependiente). En este análisis de regresión se incluyeron todas las variables en un mismo paso resultando sólo como significativas la de aceptación y el indicador de enfrentamiento: *Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación.* (Ver Anexo 2, donde se muestra la tabla completa).

Los resultados indican que para que las mujeres mastectomizadas perciban cercanía con su pareja es porque hubo aceptación durante el proceso de la enfermedad a la operación, manifestada a través de la comunicación sobre el tema, la protección, apoyo, cooperación y amor por parte de la pareja. Asimismo, se requiere de la ausencia del chantaje y dominio hacia su pareja por parte de la mujer mastectomizada poniendo como pretexto su operación. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de Regresión Múltiple de variables criterio sobre la percepción de cercanía con la pareja.

Modelo	Beta	Sig.
Aceptación	.659	.000
Indicador de Enfrentamiento: <i>Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación</i>	.198	.008

R= .713

5. ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Con el propósito de conocer más a fondo la situación de la mujer mastectomizada en el momento de saber la inminente necesidad de operarse, al final del instrumento se encuentra una pregunta abierta que decía lo siguiente:

" CUANDO LE PLATIQUE A MI PAREJA QUE HABÍA NECESIDAD DE OPERARME, SU REACCIÓN FUE _____ "

Para analizar las respuestas a la frase incompleta, se llevo a cabo un análisis de contenido (significado), tomando en consideración el siguiente criterio:

Se elaboró el análisis de frecuencia y significado de acuerdo a la similitud de palabras y su sentido en el contexto de vida de la mujer mastectomizada. Los resultados se encuentran expresados a continuación:

Tabla 6. Resultado del análisis de contenido de la reacción de la pareja ante la mastectomía.

CATEGORÍA	FRECUENCIA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Apoyo y Solidaridad	43	Existe una manifestación de ayuda, aceptación, fidelidad y cooperación por parte de la pareja en todo lo que este a su alcance para luchar juntos siendo tolerante y sugiriendo que lo llevará a cabo lo más pronto posible todo el proceso para salvar su vida.	-Apoyarme en todo el proceso. -Voy a estar a tu lado en lo que me necesites.
Preocupación y Angustia	36	El individuo manifiesta sentimientos de preocupación, miedo, angustia e inquietud, expresadas en conductas de llanto, actitud pensativa, de sorpresa e impotencia por lo que le fuera a pasar a su pareja.	-Me dijo que estaba muy preocupado. Le vi miedo en sus ojos y se puso muy pensativo.
Indiferencia	28	El individuo se mantiene reservado, callado, despreocupado, indiferente e ignorando la situación por la que esta pasando su pareja manifestando poco interés y apoyo emocional y económico hacia ella.	-Que hiciera lo que yo quisiera. -Indiferente y su expresión fue decir que no-tenia dinero.
Amor y Comprensión	21	Expresar sentimientos positivos hacia su pareja, mediante el amor, comprensión, cariño, bienestar siendo amable y estando a su lado brindándole compañía.	-Estar cerca de mi -Darme cariño.

Tabla 7. Continuación.

CATEGORIA	FRECUENCIA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Abandono	16	El sujeto no expresa el suficiente valor para estar al lado de su pareja, por lo cual, primero la rechaza esperando que se las arregle sola para después abandonarla, dejándola con sus hijos y en caso extremo llegar al divorcio.	-Dijo que me las arreglara sola. -Me dejo sola con mis hijos.
Soledad	11	Se manifiesta por una preocupación inherente de quedarse solo y no saber que hacer a consecuencia de haber percibido una sensación de pérdida, soledad y hasta la idea de que si se muere su pareja el no tendría los recursos para salir adelante.	-Él decía que no sabría que hacer sin mí. -Como si fuera a perderme para siempre.
Enojo e Inculpamiento	10	El individuo hace uso de sentimientos negativos como el enojo, el malestar, ejercer presión, etc., para después culpar a su pareja de que todo lo esta pasando se debe a ella.	-Se enojo conmigo. -Me dijo que yo tenia la culpa.
Reacción positiva	8	La forma más positiva de ver lo mejor de la operación para salvar la vida de su pareja con la esperanza de salir adelante, permitiéndoles hacer un alto en el camino para reevaluar la relación y valorarla aun más.	-Dijo que era lo mejor para salvar mi vida. -Valoro mas la relación.

CAPITULO 6. Discusión y Conclusión

Indudablemente a lo largo del tiempo se ha observado que el ser humano crea cierto tipo de respuestas necesarias que le han servido de defensa cuando presencia en su vida cotidiana situaciones estresantes, este es el caso de las mujeres mastectomizadas, quienes al experimentar una situación crítica generan una gama de emociones y reaccionan en formas particulares ante la propia cirugía y ante su ambiente afectivo más inmediato: su pareja con quien tiene un lazo de cercanía

El interés primordial de realizar esta investigación fue la exploración y estudio de los estilos de enfrentamiento que presentan las mujeres mastectomizadas y la repercusión que tiene en la cercanía con su pareja, para con ello estimar sus implicaciones, tanto en el tiempo en la relación de pareja, como la presencia de emociones involucradas en la forma de enfrentar dicha situación. Así, los conceptos que se consideraron fundamentales para esta investigación fueron: el estilo de Enfrentamiento, entendido como el conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus et al., 1984); la Cercanía vista como el principio que guía la idea de integración, interconexión e inclusión entre dos personas en una relación cercana, es decir, la persona actúa como si algunos o todos los aspectos de la pareja estuvieran parcialmente en la propia persona (Aron et al., 2000); el tercer concepto se refiere a las emociones, que se le considera como la apreciación de un proceso bastante complejo, que incluye un amplio rango de conductas observables, sentimientos expresados, y cambios en estados corporales, lo cual llamaríamos constelaciones características de respuestas corporales (Rosenzweig, 1992).

En este punto de definición de las variables centrales es importante hacer un énfasis, en la importancia que tiene la relación de pareja en la vida de la mujer mastectomizada, ya que representa un eje en el cual, ella recibe apoyo o rechazo, espera reciprocidad, necesita manifestar sentimientos y emociones.

La relación de pareja es –entonces-, una oportunidad de establecer un vínculo de interdependencia cognoscitiva, emocional y conductual que surge ante las vivencias compartidas cotidianamente, caracterizadas por periodos de cercanía y de alejamiento; o lo que es lo mismo, **no todo es miel sobre hojuelas...** Aunado a lo placentero, la vida de pareja esta llena de matices grises, que incluyen pensamientos y emociones que guían la disposición del individuo a presentar formas de respuestas ante situaciones estresantes que le sirven de defensa.

Así, Díaz-Loving en su teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja establece que sus miembros pasan por un ciclo llamado de Acercamiento-Alejamiento, donde se contextualiza el establecimiento, desarrollo, mantenimiento y disolución de una relación interpersonal en términos de un ciclo basado en la percepción personal del nivel de cercanía o lejanía hacia la pareja.

Dependiendo, que tan cercano o lejano este cada miembro de la pareja, es como se va a percibir cognoscitiva y afectivamente dentro de la relación, además de que esta relación va a implicar sentimientos, emociones, atribuciones, deseos, esperanzas, desilusiones, durante y entre las interacciones que tengan. Así, las fases positivas de este ciclo, son las etapas de conocido, de amistad, de atracción, de pasión, de romance y de mantenimiento, son indicadores de cercanía con la persona que se considera candidata para una relación cercana. Y ya que estamos en este menester, al hablar de cercanía, Aron (2000) plantea dos procesos claves, el primero es referido a que la satisfacción en la relación de pareja se incrementa a través de la asociación entre el yo y el otro ya que la motivación general a desarrollar el yo, implica el deseo de iniciar, mantener y estar satisfecho con una relación en particular. Cognoscitivamente, el yo es desarrollado a través de la inclusión del otro en el yo, un proceso que en una relación cercana se vuelve recíproca, así que cada persona incluye a la otra en su yo. El segundo, proceso clave, considera a las relaciones personales como la inclusión recíproca del otro en el yo, la manera más directa de sentirse conectado, complementado con la pareja, como si sus yos estuvieran conectados o sobre-puestos, así, hemos observado la parte enriquecedora y positiva para el inicio de una reciprocidad más cercana, pero no todo va a lo positivo, ya que en las relaciones humanas, cuando dos personas inician una relación, típicamente hay un periodo en el cual las parejas pasan horas hablando, ocupándose en una toma de riesgos intensa y auto revelación. Las partes están desarrollando su yo a una tasa alta por medio de un intercambio intenso.

Una vez que cada uno conoce al otro más o menos bien. Por un tiempo, la satisfacción puede permanecer a través de la asociación del otro y de la relación con el periodo completado del autodesarrollo rápido. Pero una vez que el autodesarrollo se hace más lento al punto de volverse insignificante o inexistente, hay poca emoción o quizás aburrimiento, dando la pauta para que vayan alejándose o abandonando la relación alguno de los dos miembros de la díada. Así, siguiendo la misma línea de investigación, Díaz-Loving (1999) plantea la existencia de fases negativas en este mismo ciclo de Acercamiento-Alejamiento, y son las etapas de conflicto, de alejamiento, de desamor, de separación y de olvido, y que por el contrario de las de cercanía, son indicadores de lejanía en la relación de pareja. Por lo tanto, los miembros de la pareja para lograr sobrellevar los cambios entre cercanía y lejanía aunados a crisis o problemas resultantes de la vida cotidiana forman estilos de enfrentamiento, que son la forma característica de cada individuo de responder cognoscitiva y emocionalmente ante situaciones que le estén causando malestar en cierto momento de su vida.

Para lograr entender el proceso de vida en el cual se encuentran inmersas las mujeres mastectomizadas cuando han tenido que sentir, pensar y enfrentar en su persona un diagnóstico, una intervención, un cambio físico a la vez que los efectos de estas alteraciones en su forma de percibirse como mujeres y como compañeras, hijas y madres crea una constelación de elementos dignos de estudio para así crear las posibles respuestas a esta crisis.

Para ello, la presente investigación tuvo por objetivos:

1. Diseñar un instrumento que evaluara los estilos de enfrentamiento a la mastectomía y a la pareja.
2. Diseñar un instrumento que evaluara las emociones de mujeres mastectomizadas con pareja.
3. Conocer cuáles eran las emociones manifestadas con mayor frecuencia después de la mastectomía.
4. Conocer las relaciones entre estilos de enfrentamiento, emociones y cercanía.
5. Conocer los efectos del estilo de enfrentamiento y las emociones en la percepción de cercanía.
6. Conocer si se brinda apoyo de parte de la pareja que haya sido percibido por la mujer mastectomizada

1. ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO A LA MASTECTOMÍA Y A LA PAREJA.

Lazarus y Folkman (1985 en López Becerra, 1999) interpretan al enfrentamiento como una forma de adaptación donde el individuo y el ambiente se entrelazan en un proceso interactivo que sirve ya sea para manipular o alterar el problema con el entorno causante o para regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia, además de un enfoque similar al de estado -rasgo el cual se orienta en la naturaleza transitoria y variable de la conducta de enfrentamiento y las diferencias individuales relativamente estables en la conducta de enfrentamiento.

De acuerdo a esta conceptualización, se elaboró una escala para evaluar los estilos de enfrentamiento a la mastectomía y a la pareja, para ello se revisaron definiciones e instrumentos dirigidos a evaluar estrategias de enfrentamiento hacia diversas situaciones críticas y posteriormente se seleccionaron aquellas relevantes o significativas al objetivo de este estudio. Ya identificadas las estrategias se desarrollaron reactivos que respondieran a las definiciones de éstas y se sometieron a análisis psicométrico. Los resultados arrojados por el análisis factorial da 3 factores que fueron conceptualmente claros con un valor propio mayor a 1 y que explicaban el 38.7% de la varianza.

Los factores o estilos de enfrentamiento que poseen las mujeres mastectomizadas en su repertorio conductual son:

- 3 ***Aceptación y bienestar con la pareja*** que se refiere a la disposición de hablar y permitir el apoyo de la pareja a partir de la mastectomía, percibiendo conductas de cercanía, protección y cooperación y presenta un $\alpha=.87$.
- 3 ***Esperanza***, tiene que ver con el consuelo y la confianza brindada al doctor, así como en Dios para lograr la serenidad y posee un $\alpha=.85$.
- 3 ***Análisis y reflexión*** se caracteriza por examinar la situación de una manera lógica y metódica sobre los beneficios más prácticos y útiles que puede tener la cirugía, presenta un $\alpha=.79$

Además de cuatro indicadores que llamaba la atención por sí solos, resultando interesante para ser analizado y decían lo siguiente:

- 1 ***Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación.***
- 2 ***Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía.***
- 3 ***Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja.***
- 4 ***Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación.***

De acuerdo con los resultados encontrados, se cuenta con un instrumento que versa sobre estilos muy específicos, presentes en la mujer mastectomizada ante la cirugía y al interactuar con su pareja. La dimensión uno, denominada **aceptación y bienestar con la pareja**, tiene similitud al factor de acomodación del Inventario de Estilos de Enfrentamiento de Levinger (1989), la estrategia de aceptación de Stone y Neale (199) la estrategia de aceptación de la simpatía y comprensión de Valderrama, et. al. (1995) y la de Bowman (1990) llamada de aproximación positiva donde evalúa las demostraciones de afecto hacia el esposo(a) y compartir actividades mutuamente disfrutables y buenos acuerdos, mencionados en la literatura. . Es decir, para las mujeres mexicanas al encontrarse ante una situación que le provoca conflicto y aún más ante problemas con su pareja, busca soluciones más positivas y recursos cognoscitivos (racionales), que le permiten hacer un recuento de lo que le esta pasando y así buscar una solución mas acorde al bienestar tanto emocional como cognoscitivo para ella y su pareja. Además que al aceptar a su pareja, también esta mostrando una vinculación mas estrecha entre ellos.

La estrategia dos, llamada de **esperanza**, en las mujeres mexicanas, se refiere a la percepción de la necesidad de ayuda de alguien poderoso (por ejemplo: encaminar su vida hacia dios, o la fe puesta en el doctor), este factor se ve claramente relacionado con el estilo de enfrentamiento activo de búsqueda de apoyo en mujeres con cáncer cervico-uterino, donde integraron el enfrentamiento religioso a las estrategias de apoyo social(Carvajal et. al., 1996).

Dentro del factor tres de **reflexión y análisis**, definido como la manera de discernir acerca de los beneficios de ser operada, además de ser una estrategia activa que utiliza (por ejemplo: Hacer un recuento de los aspectos favorables de la operación, prometerse no descuidar mas su salud para beneficio de ella y su pareja) tiene relación con la estrategia de análisis lógico de Moos et. al., (1983 en López, 1999), además tiene rasgos de similitud con el síndrome activo de Díaz Guerrero (1972), atención al problema de Lazarus y Folkman (1984), respuestas directas y activas de Cervantes y Castro (1985), se puede observar que el común denominador de estas estrategias es el atender el problema de manera directa y racionalmente, sin aletargar más el asunto con la idea de disminuir más rápido la situación estresante.

En lo que respecta a los indicadores de enfrentamiento (*Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía, Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja, Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación*) tratan sobre la intranquilidad

que le causa cualquier cambio experimentado en su persona a partir de la operación y de su expectativa y preocupación del posible rechazo por parte de la pareja, esto es, las mujeres reducen su nivel de actividad y expresión emocional, percibiendo en ellas mismas la explicación de su problema (por ejemplo, mejorar la situación y el malestar que sentía, poner más atención en algún malestar derivado de su cirugía). De acuerdo a varios autores (Alvarado Aguilar, 1997, Olper Palacci, 1997 y 2000), mencionan conceptos que tienen rasgos de similitud con los indicadores de enfrentamiento mencionados anteriormente y esto se ve reflejado en las mujeres mastectomizadas, cuando hablan acerca del enojo, la ira y el malestar que representa para ellas tener cáncer mamario, ya que perciben cambios en su patrón de vida y en su nivel de seguridad en el matrimonio, se sienten enojadas sin importar en el estadio de vida que ocurra, esto es, la mujer mastectomizada joven (25 a 35 años aproximadamente), se siente muy enojada por que a perdido parte de su feminidad, ya no se percibe agradable, coqueta ante su pareja además de verse muy afectada su autoestima. En el caso de la mujer mastectomizada en edad avanzada (40 a 60 años aprox.), se molesta porque siente amenazada su vida y porque sabe que si muere que va a ser de sus seres queridos, para lo cual ellas tienen que enfrentar controlando y cooperando en la rehabilitación psicológica y física para su recuperación, para lo cual es muy importante contar con un apoyo social como lo es su pareja, familia, sociedad, medico, etc.

En lo que concierne al indicador (*Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación*), es interesante observar que parece ser un aspecto de poder y control por parte de la mujer mastectomizada hacia la relación que lleva con su pareja poniendo como pretexto su operación. Esto se deba quizás como consecuencia de sentirse enojadas, molestas por la situación actual que están enfrentando, Rubio Aureoles (1997) señala que la mujer que ha sido mastectomizada decremente temporalmente su actividad sexual por toda la situación quirúrgica que esta viviendo a lo cual se ven afectadas áreas como el erotismo (experiencia física placentera para la mujer), la vinculación afectiva (desarrollar lazos afectivos y brindar atención a su pareja), la reproductividad (disminución en el acto coital), por lo cual, la mujer mastectomizada se siente desorientada y temerosa de que su relación se desmorone, y trata de otras maneras, como cuestiones de control, utilizar la mastectomía como vía para...,etc. logrando así un bienestar aparente con su pareja.

En general se puede decir que la escala desarrollada para evaluar los estilos de enfrentamiento se mostró válida y vinculada a definiciones y estrategias reportadas por la literatura (Levinger 1989; Stone y Neale

1999; Valderrama et al., 1995; Bowman, 1990; Carvajal et al., 1996; Moos et al., 1983) y confiable dado sus coeficientes alfa de Cronbach que indican estabilidad en la prueba.

Es interesante observar que de acuerdo a los estilos obtenidos, podemos decir que la mujer mastectomizada cuando logra la aceptación de su condición automáticamente logra hablar de ello con su pareja, acepta su compañía y por ende logra el bienestar de ella y de su pareja; teniendo ya segura esta parte de su vida es como ella logra ya tener esperanza de que todo puede salir bien y por consiguiente se le abre un panorama distinto y se promete ya no descuidar su salud, haciendo un análisis reflexivo de los pros y contras de su situación actual tratando a toda costa de disminuir ese malestar latente por las circunstancias que esta sobrellevando.

Con base en estos hallazgos, se propone la siguiente definición para abordar al enfrentamiento a la mastectomía y a la pareja:

"El enfrentamiento, es el mecanismo en el cual se encuentran involucrados dos factores, el cognoscitivo y el emocional usados por la mujer mastectomizada para manejar las demandas internas y/o externas, (ya sea las que tienen que ver de cómo enfrenta el cambio físico y como lo refleja ante su pareja), lo cual le permite sobrellevar situaciones estresantes, presentando estilos característicos de enfrentar estas situaciones como aceptación y bienestar con la pareja, esperanza, reflexión y análisis, por ultimo malestar".

2. EMOCIONES PERCIBIDAS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS CON PAREJA

Para cumplir con el segundo objetivo, se elaboró una escala para evaluar la presencia de emociones latentes en la mujer mastectomizada. Para ello se realizó una amplia revisión de literatura sobre emociones vividas en este proceso de vida, además de acudir a sesiones de apoyo del grupo RETO, lo que permitió identificar aquellas reacciones y sentimientos vinculados a la mastectomía. Ya identificadas las emociones, se conformó el instrumento en forma Likert-pictórica de siete puntos en donde las personas respondían que tanto habían experimentado la emoción planteada. Ya obtenidas las respuestas, se procedió a la realización del análisis de discriminación de reactivos, factorial y de confiabilidad. El análisis factorial arrojó 3 factores con valor propio mayor a 1 y que explicaban el 61.3% de la varianza. Estas tres dimensiones fueron claras

conceptualmente y conforman tres formas de sentir ante este momento tan traumático y aun más que tienen que enfrentarlo ante su pareja:

⊗ Depresión, conformada por —————> preocupación, temor, tensión, ansiedad, miedo, tristeza y melancolía, con un $\alpha=.88$.

⊗ Culpa, constituida por —————> desesperanza, culpa, vergüenza y angustia, presenta un $\alpha=.83$.

⊗ Frustración, compuesta por —————> frustración, irritabilidad y soledad con un $\alpha=.80$.

Así, los factores quedaron conceptualizados de la siguiente manera. En el factor uno (siete reactivos), denominado Depresión, en donde se agrupan reacciones afectivas propias de la estimulación negativa externa favoreciendo la conjunción de preocupación, temor, tensión, ansiedad, etc. El factor dos, nominado Culpa, esta constituido por cuatro reactivos que se refieren a una agrupación de afectos vinculados a una cuestión moral e internalizada de las emociones que percibe la mujer mastectomizada. En lo que respecta al factor tres, Frustración, este tiene que ver mas con enojo e irritabilidad, que se manifiesta ante el sentir de no poder resignarse a vivir así, y por lo tanto se siente sola. Finalmente, se consideraron tres indicadores de emoción: Resignación, Tranquilidad y Esperanza y en general se refieren a las emociones que implican, tener un aliento para salir adelante y, saber que va a vivir con mayor sosiego. Además, de resultar interesante estos reactivos de indicadores para ser contrastado con las demás reacciones.

De acuerdo a la literatura, la mujer que tiene que enfrentar a la mastectomía experimenta un gran estrés, se ve afectada emocionalmente de sobremanera, ya que se ven involucradas varias esferas de su vida, una es estar presente ante la inminente realidad que se ve traducida en la mutilación de una parte muy valiosa de su "ser", se siente transgredida y tiene la idea de que ha perdido algo que en primera ya no volverá a recuperar y en segunda ya no será la misma mujer que cumplía con todos los roles que la satisfacían (el de esposa, madre, novia, etc.), otro de los aspectos, es que la presencia de un nódulo maligno en la mama de la mujer constituye independientemente de su extensión y gravedad, un impacto psíquico capaz de deestructurar casi totalmente su equilibrio anímico y afectivo. Al respecto, Rennecker, (1952) sostiene que debido al papel que juega la mama, la mastectomía era percibida como un ataque directo a las bases de la feminidad o del atractivo físico de la mujer

repercutiendo en el buen ajuste íntimo y sexual de la pareja (Holleman; Pruyn y Knippenberg, 1986 en López et al., 1992).

La imagen corporal se ve profundamente afectada y, a partir de ahí, sus relaciones con su entorno. La mama, además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la integridad corporal, constituye el símbolo de la feminidad, de su propio "yo" (Flórez Lozano, 1994).

En lo que respecta a las emociones que emergieron en este estudio existe semejanza con lo planteado por Flórez Lozano (1994) que explica que la reacción de depresión es una de las más comunes que acompañan a la enfermedad física. Se debe a la preocupación primero por todo el transcurso de la enfermedad desde el diagnóstico del cáncer, después por la idea inminente de la cirugía y por último ante la ausencia de un seno, esto le hace creer que ya nada tiene sentido, se ve inmersa en una apatía total, una pérdida por vivir la vida, además de desprenderse de sus actividades cotidianas. De ahí, que se explique que la depresión es la reacción que con mayor frecuencia se presenta en este tipo de muestra.

La mujer mastectomizada se encuentra involucrada en una gama de emociones que van desde la preocupación, pasando por la angustia, soledad, depresión, desolación, tristeza hasta lograr llegar a tener esperanza de que todo saldrá bien y por último manifestar tranquilidad.

Para que la mujer llegue a tener este estado anímico que le genere tranquilidad, ya debió de haber pasado por un estado de duelo donde están involucrados factores como emociones negativas debidas a la pérdida de algo querido, la negación de lo que le esta pasando y finalmente la aceptación de la situación que esta viviendo. Se hace necesario señalar que el soporte social como lo es la pareja, la familia y los amigos son de gran ayuda para que la mujer enfrente la situación más rápido y busque las estrategias necesarias para disminuir las emociones negativas que se presentan.

Por último en lo que respecta al grupo de emociones que predominan mas en las mujeres mastectomizadas, se encontró que son el factor uno llamado Depresión y que consta de emociones como: preocupación, temor, ansiedad, tensión, etc., es el que predominó más con una media de 5.57, le siguió el indicador de Esperanza, con una media de 5.44, el siguiente fue el indicador constituido por la emoción de Resignación y presenta una media de 4.87, el que siguió fue el factor tres, designado como Frustración, conformado de emociones como: Irritabilidad, Soledad y la que lleva por nombre y presenta una media de 4.82, el siguiente fue el

factor dos, llamado de Culpa y consideró las emociones de: desesperanza, vergüenza, angustia, etc. y muestran una media de 4.78 y por último, la que con menos frecuencia se presenta en la mujer mastectomizada es el indicador formado por la emoción de tranquilidad con una media de 4.70.

Estos datos explican lo que afirmaba Flórez Lozano (1994), que con frecuencia la mujer que se encuentra mastectomizada se percibe abatida, infeliz, triste, cabizbaja, desesperada y menospreciada. Para ella, estar operada significa despertarse antes del alba, ser presa de la ansiedad de una vaga pena interna, el comienzo de una nebulosa jaqueca y de un sentimiento de terror siendo un correlato conductual de la depresión en la mujer mastectomizada. Así, para López et al., (1992) menciona que ante la pérdida de una importante parte del cuerpo que no ha podido ser elaborada, puede dar lugar a numerosos síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad, como son el insomnio, la anorexia, la dificultad para concentrarse y el desinterés por la vida; pueden coexistir la tristeza por la pérdida y la ansiedad por la vulnerabilidad. Pero de acuerdo a los resultados observados, primero se encuentra toda el proceso de duelo (depresión, evitación, ansiedad, preocupación y por último la aceptación) ante la pérdida de una mama, ya que ha pasado todo este matiz de sensaciones negativas viene la esperanza y tranquilidad de que todo puede salir mejor y que además se llevo a cabo la cirugía para salvar su vida, de acuerdo a esta afirmación, Coll et al. (1991) explica que es de señalar que el estado emocional de estas pacientes viene marcado por un carácter pasional, sobre todo después de la mastectomía. Este carácter pasional significa la disposición a un modo impulsivo y emotivo de vivir determinadas situaciones, impregnando emotivamente casi todas las manifestaciones de la vida diaria. Esto sería como decir que ante una falla en la situación de vida corporal, hay un aumento en la situación de vida emocional. En lo que respecta a los últimos factores se van a presentar variablemente en las mujeres sometidas a la mastectomía.

3. IMPLICACIONES DE LAS CORRELACIONES ENCONTRADAS ENTRE LOS ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y LAS EMOCIONES DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS.

El objetivo tres se dirigió al conocimiento de la relación existente entre estilos de enfrentamiento y reacciones emocionales después de la mastectomía.

Ya hemos visto que la paciente mastectomizada presenta estilos de enfrentamiento muy específicos, al igual que las emociones, pero ahora

hemos de observar que cuando las mujeres se sienten más preocupadas, temerosas, ansiosas y tristes, tienden a percibir mayor deseo de poder cambiar su forma de sentir pues se imaginan que su pareja no las acepta y a esta mayor falta de aceptación y rechazo se encuentra aunado a una mayor atención en los malestares físicos, lo que favorece la ausencia de aceptación del proceso que viven y de bienestar con su pareja. Esto puede deberse a que todas estas emociones van minando todo su psiquismo, todo su orgullo de mujer, se siente sin valor alguno, como si nadie se preocupase de sí vive o esta muerta, para lo cual ella pierde el interés por comunicarse con su pareja disminuyendo la coexistencia, la interrelación de cercanía con el otro mencionado por Aron et al. (2000); además de correr el riesgo de estar viviendo una de las etapas de alejamiento con la pareja (Díaz Loving, 1996, 1999). Estas etapas, se caracterizan por tensiones, frustración, enojo, irritabilidad o temor durante crisis como lo que implica la mastectomía para la mujer. Al no resolverse en corto plazo la problemática, se puede crear una relación en la cual el mantenimiento esta teñido de conflicto.

Así, cuando las mujeres mastectomizadas se sienten más desesperanzadas, avergonzadas, angustiadas y culpables menos aceptan su situación y esto afecta el bienestar con su pareja, asimismo, ponen más de pretexto su operación, no siguen las recomendaciones del medico ni buscan respuestas en Dios y enfatizan en mayor medida sus molestias físicas y emocionales, esperando el rechazo total por parte de su pareja. Estos resultados coinciden con Flórez Lozano (1994), quien menciona que muchas mujeres mastectomizadas se sienten culpables de estar en esa situación; les angustia pensar que es una muestra de que son unas fracasadas, incompetentes y débiles; se alarman al encontrar sus sentimientos tan fuera de control y se preguntan por que no pueden dominarse. Dentro de la literatura se menciona también que existen problemas con la autoestima, que al sentirse devaluadas y afectadas en su imagen presentan una falta de interés y esperanza por las cosas (López Pérez et al., 1992). Asimismo, Flórez Lozano (1994), explica que existe un vacío existencial que la lleva a un desvalimiento y desesperanza y de futilidad de la vida que sobreviene por la perdida de satisfacción con la pareja.

Por otro lado, cuando las mujeres mastectomizadas se sienten más frustradas, irritables y solas aumenta la idea en ellas de que su pareja las va a rechazar totalmente. Favoreciendo la no-aceptación y el no sentirse bien con su pareja, por el momento por el cual están pasando se sienten solas y piensan que no las comprenden, aun así sienten el deseo de poder cambiar la manera de cómo se sentían. Esto podrá deberse a un proceso

natural de reacción hacia eventos altamente estresantes que modifica la visión de la vida como algo desagradable que la aísla; dada esta percepción, su relación con el mundo externo se limita (G. Omar, 1995)

En el momento en que las mujeres perciben sentimientos de tranquilidad y esperanza acerca de su situación logran una mayor aceptación hacia la pareja y por consiguiente mayor bienestar en la relación. Esto favorece la idea de que ante la presencia de estrategias dirigidas al problema y la influencia del factor cognoscitivo (Lazarus et al., 1991) va a permitir una aceptación mucho más rápida de la situación permitiendo que se perciban sentimientos positivos y por consiguiente el mejoramiento en la relación con la pareja.

Por último, en la medida en que la mujer mastectomizada se siente resignada a enfrentar lo que venga menos va a esperar el rechazo total por parte de su pareja. Al respecto, existe un estudio realizado por Coll Espinoza et al., (1991) donde se menciona que la resignación esta estrechamente relacionada con la edad, esto es, que en las pacientes de mas de 55 años, la mastectomía parcial produce efectos algo más suaves y es más fácil desplazar la angustia, integrándose a la dinámica familiar y en las actividades cotidianas. En las pacientes de menos edad, el efecto de la extirpación total de la mama es más brutal, tiene especial dificultad en descentrar el sentido traumático de la cirugía, y puede ser que durante mucho tiempo se encuentre en una situación de no resignarse y con una vivencia de perdida continua que va a hacer muy difícil la relación con su pareja y su estabilidad personal.

En resumen, se puede decir que cuando las mujeres mastectomizadas presentan estrategias de enfrentamiento más positivas, tienden a no adherirse a emociones negativas; por otro lado los cuatro indicadores de enfrentamiento son los aspectos que se asocian en mayor medida en el establecimiento de emociones negativas que tienen que ver con la incomodidad que le produce en ese momento la cirugía, así como la preocupación del mantenimiento de su relación de pareja.

4. IMPLICACIONES DE LAS CORRELACIONES ENCONTRADAS ENTRE LOS ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y LAS EMOCIONES DE LA MUJER MASTECTOMIZADA EN LA PERCEPCIÓN DE CERCANÍA CON LA PAREJA.

En el cuarto objetivo se buscó conocer las relaciones entre estilos de enfrentamiento, emociones y percepción de cercanía con la pareja. Para

lograr este entendimiento se llevaron a cabo varios análisis de correlación Producto-Momento de Pearson, encontrándose en general que:

En el caso de los estilos de enfrentamiento positivos y las emociones positivas parecen estar más relacionados con una mayor percepción de cercanía con la pareja, un mayor involucramiento con el otro, disminuyendo así la presencia de emociones negativas y estilos de enfrentamiento negativos. Así, la mujer operada se percibe más cercana a su pareja por que existe una disposición de comunicarse y recibir el apoyo de su pareja. además de permitir evaluar los aspectos positivos y benéficos que pudo tener la cirugía para su salud, obteniendo con esto una esperanza más sólida hacia el doctor y aumentando la fe en Dios para lograr su bienestar posterior, disminuyendo así la percepción de que iba a ser rechazada por parte de su pareja y el deseo de poder cambiar las cosas esto es ocasionado por el proceso de la mastectomía y la preocupación a ser abandonada por su pareja, en el caso del indicador de enfrentamiento, donde la mujer mastectomizada pone de pretexto su operación para dominar a su pareja no existe relación con una mayor o menor presencia de cercanía con su pareja.

En lo que respecta a los aspectos emocionales, cuando la mujer mastectomizada percibe cercana la relación con su pareja no van a presentar emociones de frustración, irritabilidad, no se va sentir sola y por consecuencia no va a tener sensaciones de desesperanza, culpa, vergüenza ni angustia, logrando así no sentirse preocupada, temerosa, ansiosa, miedosa, melancólica y triste, permitiendo de esta manera sentirse mas motivada y esperanzada por salir adelante y no dejarse abatir.

El tiempo en la relación juega un papel importante y va a influir para que la mujer mastectomizada sienta anhelos y nuevos bríos para salir adelante y así colaborar para comunicarse con su pareja logrando el bienestar mutuo, además que va a servir para que reevalúe los beneficios de la cirugía, y sea menor el dominio hacia su pareja poniendo como pretexto su operación y disminuyan sentimientos de culpa, desesperanza, vergüenza y angustia.

Por último, hemos de considerar que dentro de la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la relación de pareja (Díaz Loving 1996), en lo concerniente a los componentes evaluativo y conductual se ha observado que forman una relación causal, esto es al existir uno se da la presencia del otro, en el componente evaluativo van estar presentes: el sistema de evaluación cognoscitivo, que representa la valoración que hace un individuo de las personas o situaciones que se le presentan. Las funciones clave de este sistema, incluyen la evaluación de características contextuales del

estímulo y las circunstancias relacionadas, integración de toda la información relevante, formalización de estrategias de respuesta y generación de expectativas y/o predicciones de los resultados conductuales. Y el sistema de evaluación afectivo que consiste en el sentimiento y actitudes subjetivas de un individuo sobre una persona y/o situación estímulo que facilitará al sistema de evaluación cognoscitivo, la formalización de estrategias de enfrentamiento.

Esto nos permite a los seres humanos, consistentemente evaluar estímulos que pueden ser otras personas o situaciones de la vida cotidiana. Aplicado en el objetivo de esta investigación, la mujer mastectomizada al evaluar cognoscitivamente y afectivamente su situación de mastectomizada (contexto estresor) va a permitirle presentar estilos de enfrentamiento específicos (que es la interconexión entre los dos componentes) que le facilitarán responder conductualmente (manifestación de cercanía) ante su pareja. Para esto, se realizó un análisis de regresión múltiple con el propósito de conocer la relación causal entre los estilos de enfrentamiento (Aceptación y Bienestar con la pareja, Esperanza, Análisis y Reflexión, y los cuatro indicadores de enfrentamiento), las emociones experimentadas por las mujeres mastectomizadas: Depresión, Culpa, Frustración y los tres reactivos de indicadores de mociones: Resignación, Esperanza y Tranquilidad (todas variables independientes) en la percepción de cercanía (variable dependiente). Los resultados indican que para que las mujeres mastectomizadas perciban cercanía con su pareja es porque hubo aceptación durante el proceso de la enfermedad a la operación, manifestada a través de la comunicación sobre el tema, la protección, apoyo, cooperación y amor por parte de la pareja. Asimismo, se requiere de la ausencia del chantaje y dominio hacia su pareja por parte de la mujer mastectomizada poniendo como pretexto su operación.

5. CONCLUSIÓN

En general hemos de observar que de acuerdo a las cinco hipótesis establecidas, la mayoría se verificaron, de las cuales cuatro se cumplieron y solo una de ellas no. La primera, que menciona lo siguiente: *Las mujeres mastectomizadas mostrarán estilos de enfrentamiento muy específicos y/o distintos de los observados en la literatura*, efectivamente así fue, se encontraron tres estilos de enfrentamiento a la situación de la mastectomía y hacia la pareja, que indican las organizaciones cognoscitivas fundamentales de reaccionar ante situaciones críticas como la citada a través de esta investigación.

Al respecto, se han llevado a cabo estudios donde se mencionan estrategias en adolescentes, mujeres que presentan cáncer cervicouterino, también en cáncer de mama, pero no existía uno que tuviera que ver con las reacciones a la propia mastectomía y ante la propia pareja, ya que forma una parte esencial en la vida de la mujer mastectomizada.

En lo que concierne a la segunda hipótesis: *La mujer mastectomizada a raíz de su situación experimentará en todo su proceso predominantemente emociones negativas.* Se menciona la presencia de reacciones negativas, si existió predominancia de ese tipo de afectos, solo hubo dos indicadores de emociones que se consideraron positivas y eran la de esperanza y tranquilidad; indudablemente la paciente mastectomizada ha de pasar por una serie de reacciones que la hacen sentir muy vulnerable y que son muy lógicas debido a la situación por la cual esta pasando, pero ya que ha logrado sobrellevar dicha circunstancia, ella misma se percibe más tranquila y esperanzada a que las cosas van a ser mejores. Al respecto, una de las pacientes mencionaba:

"Hubo un momento en el que sentí morirme, al verme en el espejo y observar la trágica cicatriz, yo sabía que esa horrorosa cicatriz, la física, sé iba a quitar con el tiempo, pero la que nunca sé iba a poder borrar era la cicatriz del alma, pase por momentos muy difíciles, me sentía triste, sola, angustiada, desesperada, pero véame ahora que han pasado ya tres años de mi operación, me siento mejor, después de la tormenta viene la calma y sobre todo sigue la vida"

En lo que respecta a la siguiente hipótesis: *La paciente mastectomizada enfrentará negativamente la relación con su pareja y por lo tanto va a percibir menor cercanía hacia ella,* esta no se cumplió, ya que en cuanto a las relaciones entre Estilos de Enfrentamiento, vinculados a la cercanía, en general las estrategias y emociones positivas como: Aceptación, esperanza, análisis y los indicadores de emoción que llevan por nombre esperanza y tranquilidad, favorecen la cercanía con la pareja a diferencia de las estrategias y emociones negativas como depresión, culpa, frustración y los indicadores de enfrentamiento, que entorpecen este vínculo. No siempre ni en todos los casos se ha de suponer que la mujer mastectomizada por lo obvio de su situación ha de tener que enfrentar negativamente su vida personal y esto tenga que repercutir en su vida de pareja, sino como ya hemos visto, tienen que estar involucrados una gama de factores como el apoyo, la aceptación, emociones positivas, sentirse protegida y querida por parte de la pareja para que favorecer estrategias de enfrentamiento positivas.

En lo que respecta a la cuarta hipótesis *La mujer mastectomizada reportará que su pareja reaccionó positivamente brindando apoyo..* Se corrobora diciendo que la pareja reacciona con mayor frecuencia con muestras de apoyo y solidaridad, estas formas de responder por parte de la pareja de la mujer mastectomizada, reflejan en cierta forma una preocupación y angustia que lo hacen pensar que si no esta con ella apoyándola y siguiendo todo el proceso, no sabría que hacer si se quedara solo, se le rompería todo su esquema, ya que también para la pareja su mundo afectivo, emocional y de compañía más inmediata es su mujer que ha sido sometida a la mastectomía, por lo tanto lo que le este pasando a ella también lo esta viviendo él.

En cuanto a la última hipótesis donde se menciona que: *a mayor tiempo en la relación de pareja mayor presencia de estilos de enfrentamiento positivos.* Se acepta favorablemente, ya que como se ha visto en los resultados, la mujer que ha sido mastectomizada al estar involucrada en una relación de pareja en la que ya llevan un mayor tiempo juntos existe una interdependencia mayor, se conocen más e interactúan mayormente. Por lo tanto la mujer enfrentara positivamente cualquier evento subsecuente a la mastectomía, además de que ve a la relación lo que menciona Sternberg (1990) en el contexto de la Teoría triangular del amor, acerca de la intimidad y el compromiso, donde la primera son aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vinculo y la conexión, el ser íntimos en la relación incluye algunos aspectos como: el deseo de promover el bienestar de la persona amada, sentimientos de felicidad junto a la persona amada, gran respeto por el ser amado, capacidad de contar con la persona amada en momentos de necesidad, recepción de apoyo emocional por parte de la persona amada, entrega de apoyo emocional a la persona amada, entre otras; por otro lado en lo referido al compromiso, este aspecto es a largo plazo por mantener ese amor. Lo que mantiene una relación es el componente decisión-compromiso, este componente puede resultar esencial para atravesar periodos difíciles y para volver a otros mejores. En lo que respecta al componente de pasión, es importante mencionar que si existe aun amor por parte de los dos miembros de la pareja seguirá permaneciendo ese deseo intenso por estar juntos. Ya sea en cualquier situación, como es el caso de la mujer mastectomizada.

Así, hemos de concluir, diciendo que de las cinco hipótesis solo una no se comprobó, las demás si, propuestas para este estudio, además de mencionar que la importancia de esta disertación radica en lograr la obtención de estilos de enfrentamiento para una muestra tan delicada

como la es esta, además de las emociones mas claras que tiene de reaccionar ante la mastectomia y claro esta el involucrar a su pareja en todo este proceso.

CONSIDERACIONES FINALES

Limites y Sugerencias.

Al hablar de estilos o estrategias que caracterizan a la persona para encarar ciertos problemas por los cuales este pasando y aun mas en situaciones que se quedaran marcadas para el resto de su vida y que involucran no solo a la mujer mastectomizada como es este caso, sino también a su pareja que es la persona con la cual ha convivido día con día, han compartido parte de su vida, han aprendido o estén aprendiendo a llevar una vida de pareja, etc., nos referimos a un fenómeno complejo, que se encuentran ciertamente involucrados con otros factores igual de complejos.

La relevancia de este estudio radica en entender mas a fondo la problemática de las mujeres que han sido mastectomizadas, como enfrentan no solo la amenaza de la enfermedad, sino también saber como se encuentran en su imagen como mujer y como lo reflejan hacia su pareja, saber que es lo que están sintiendo en esos momentos, ya que en muchos casos, de acuerdo a testimonios propios de las pacientes, piensan y sienten que lo que esta pasando es por culpa de ellas y que si la pareja las abandonan es a causa de ellas, para lo cual era necesaria esta investigación para dar un pequeño acercamiento de lo que vive y enfrenta la mujer mastectomizada en pareja. Por lo anterior, este estudio constituye solo un primer acercamiento al fenómeno, sin embargo, aun falta mucho por emprender.

Es necesario no solo trabajar con las mujeres mastectomizadas sino también directamente con su pareja buscando tanto la intervención como la prevención.

Los alcances de la presente investigación puede ampliarse a partir de distintas consideraciones:

∇ Las variables involucradas y los resultados del estudio ofrecen la posibilidad de ampliar los análisis realizados, evaluando por ejemplo, si presentan los mismos estilos de enfrentamiento las mujeres mastectomizadas con y sin pareja o bien la relación que existe entre los estilos de enfrentamiento de la mujer mastectomizada y la satisfacción en la relación de pareja.

∇ Es viable la inclusión de nuevas variables tales como: la imagen corporal de la mujer mastectomizada, el manejo de la sexualidad dentro de la relación con su pareja.

∇ En un intento por aproximarse al fenómeno de manera más amplia es importante incluir a otros sujetos, trabajando no solo con la mujer mastectomizada y su pareja, sino también con el núcleo familiar (padres e hijos de la mujer mastectomizada), núcleo social (amigos) y soporte social (grupos de autoayuda). Para observar si influyen de alguna manera en como enfrenta la mujer su mastectomía.

En este mismo sentido, cabe señalar que el conocimiento obtenido a lo largo de este estudio, permite sugerir nuevos planteamientos de investigación, como por ejemplo:

1. Elaborar un instrumento adicional para que responda la pareja de la mujer mastectomizada, es decir, diseñar una escala integral donde respondan ambas partes de la díada.
2. Examinar la presencia y magnitud de estos estilos de enfrentamiento en las distintas etapas de la relación de pareja de acuerdo a la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la relación de pareja.
3. Utilizar la escala de estilos de enfrentamiento a la mastectomía y a la pareja desarrollada y validada para población mexicana en el diagnóstico clínico de parejas y enriquecer su información con entrevistas semiestructuradas a la pareja para enriquecer y profundizar aun más en estos aspectos.
4. Permita desarrollar estrategias y brinde información teórica que ayude en un futuro a organizar talleres o sesiones de prevención e intervención con parejas que estén enfrentando dicha situación.

Es importante considerar dentro de las limitaciones del estudio, la necesidad de ampliar la muestra estudiada con la finalidad de hacer generalizables los resultados encontrados. De tal forma que esto permita trabajar en la creación de actividades encaminadas hacia la búsqueda del mejoramiento psicosocial-afectivo de la mujer mastectomizada y su pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aron, A. y Aron, E. (2000). Self-expansion motivation and including other in the self. In W. Ickes & S. Duck (Eds.). The social psychology of personal relationships. Queensland Australia: John Wiley & Sons, 109-128.
- Alvarado Aguilar (1997). Paciente amputado. Ponencia presentada en el 1er Curso de Psicooncología que se llevo a cabo del 27 al 29 de agosto, impartido en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Barrientos, G. (1992). Reseña Histórica de la Psicología del Estrés y los Estilos de Confrontación: Contribuciones Teóricas y aspectos Transculturales. Revista de Psicología Social y Personalidad, 8 (1y2), 49-69.
- Berscheid, E. Zinder, M. and Omoto, A. (1987) Issues in studying close relationships: Conceptualizing an measuring closeness. In Perlman, D. y Duck, S. (Eds.) Intimate Relationships. Sage Publications, U.S.A.
- Bowman, M.L. (1990). Coping efforts and marital satisfaction: Measuring marital coping and its correlates. Journal of Marriage and the Family, 52, 463-474.
- Brenner, M. (1973) The next- in-line effect. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 12, 320-323.
- Bureos, B. (1995). Una propuesta terapéutica para mujeres mastectomizadas o con diagnóstico de cáncer mamario. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Cervantes, R. y Castro, F. (1985). Stress Coping and Mexican American mental Health: A Systematic Review. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 7 (1), 1-73.
- Clark, M. and Mills, J. (1979) Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. Journal or Personality and Social Psychology, 37, 12-24.
- Clark, M. and Reis, H. (1988) Interpersonal process in close relationships. Annual Review Psychology 39,609-672.
- Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein,R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-386.

- Coll Espinoza, F.J., González, M.H. y Navarrete Montoya, A. (1991). Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. Revista Psiquis, de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática. Vol. 12 (10), 29-39.
- Díaz Guerrero, R. (1967). The Active and Pasive Síndromes. Revista Interamericana de Psicología. 8 (3), 263-272.
- Díaz Guerrero, R. (1972). Hacia una Teoría Histórico-Bio-Psico-Socio-Cultural del Comportamiento Humano. México. Ed. Trillas.
- Díaz Guerrero, R. (1994). Psicología del Mexicano: Descubrimiento de la Etnopsicología. Ed. Trillas.
- Díaz Loving, R. (1996). Una Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la Relación de Pareja. Revista de Psicología Contemporánea, 2 (1).
- Díaz Loving, R. (1999). Antología Psicosocial de la Pareja. Ed. Miguel Ángel Porrua.
- Díaz Loving, R. y Andrade Palos, P. (1996). Desarrollo y Validación del Inventario de Reacciones ante la interacción de pareja. Revista de Psicología Contemporánea. 3(1).
- Fernández Ballesteros, R. y Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenk, un rebelde con causa. Revista de Psicología General y Aplicada, 50 (4), 447-464.
- Ferrero, B., Toledo, A., y Barreto, M. (1995). Evaluación Cognoscitiva y Afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con Cáncer de Mama. Revista Latinoamericana de Psicología, 27 (1), 87-102.
- Flórez Lozano, J. (1994). La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Ed. EdikaMed. Barcelona.
- G. Omar, A. (1995). Stress y Coping: Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Ed. Lumen. Argentina.
- Golden, W. Gersh, W y Robbins, D. (1992). Psychological treatment of cancer patients: a cognitive-behavioral approach. Macmillan Publishing Company New York.
- Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, (1986). (Tomo 4 y 11). Selecciones del Reader's Digest
- Haann, N. (1977). Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization. Nueva York: Academic Press.
- Heeringen, C., Moffaert, M. y Cuyper, G. (1989). Depression after surgery breast cancer. Psychother psychosom. Vol. 51, 175-179.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill. 487p.
- Jex, S. M., Beehr, T., y Roberts, C. (1992). The Meaning of Occupational Stress Items to Survey Respondents. Journal of Applied Psychology, 5, 623-628.
- Kelley, H.H. y Thibaut, J.W. (1978). Interpersonal relation: A Theory of Interdependencia. New York: Wiley.
- Krantz, S.E.. (1983). Cognitive appraisals and problem-directed coping: A prospective study of stress. Journal of personality and social psychology, 44 (3), 638-643.
- Krohne, H. (1989). The concept of Coping Modes: Relating Cognitive Person Variables to Actual Coping Behavior. Advance in Behavioural Research Therapy, 11, 235-248.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona. (Trabajo original publicado en 1984).
- López Becerra, C.(1999) Estilos de Enfrentamiento y Percepción de Riesgo hacia el Sida en Adolescentes. Tesis de Maestría. UNAM.
- López Pérez, M. D., Polaino Lorente, A. y Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. Revista Psiquis, de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática. Vol. 13 (10), 49-53.
- Martínez López, D.M.(1997). La paciente con cáncer ginecológico. Ponencia presentada en el 1er Curso de Psicooncología que se llevo a cabo del 27 al 29 de agosto, impartido en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Mc Conell, J.V. (1988) Psicología: Estudio del Comportamiento Humano. Ed. McGraw-Hill.
- Menninger , K. (1963) The vital Balance: The life Process in mental Health and illness. Nueva York: Viking.
- Moix Queraltó, J. (1990). Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica. Revista de Psicología de la Salud, 2 (1y2), 3-12.
- Montiel Carbajal, M., Urquidi Treviño, L. y Castañeda, P. (1996). Análisis psicometrico de la Escala de Afrontamiento de Beckham y Adams. La Psicología Social en México, Vol. VI, 45-50. México: Ed. AMEPSO.
- Morales, M. P., Granada, O., Guerrero, G., Penedo, C. y Muñoz, V. (1997). Adaptación psicológica en el cáncer de mama: comparación entre mastectomía y cirugía conservadora. Revista Psiquis, de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática. Vol.. 18 (9), 367-372.
- Morris, D. (1977). Manwatching. Nueva York:Abrams.

- Muñoz Genchi, O. (1997). Las emociones en los problemas psicosomáticos. Cáncer. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Murphy, L.B. (1960). Coping Devices and Defense Mechanisms in Relation to autonomous ego Functions. Bulletin of the Menninger Clinic, 24, 144-153.
- Olper Palacci, R. (1997). Impacto del cáncer en la mujer. Ponencia presentada en el 1er Curso de Psicooncología que se llevo a cabo del 27 al 29 de agosto, impartido en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Olper Palacci, R. (2000). Recuperación de la mujer con cáncer de mama. Ponencia presentada en el 4º Curso de Psicooncología que se llevo a cabo del 23 al 25 de agosto, impartido en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Pearlin, L. y Schooler, C. (1978) The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.
- Ramírez Ugalde, M.T. (1997). Cáncer mamario. Ponencia presentada en el 1er Curso de Psicooncología que se llevo a cabo del 27 al 29 de agosto, impartido en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Rodríguez Marín, J., Terol, López Roig y Pastor, M. (1992). Evaluación del Afrontamiento del Estrés: Propiedades psicometricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. Revista de Psicología de la Salud, 4(2), 59-84.
- Rosenzweig, R.M y Leiman, I.A. (1992) Psicología Fisiológica. 2a. Edición. Madrid: McGraw-Hill.
- Rubin Philip. (1980). Oncología clínica para estudiantes de medicina y médicos. Un enfoque terapéutico multidisciplinario. 5ª. Edición. New York: Asociación Americana del cáncer.
- Rubio Aureoles. (1997). Cancer y Sexualidad. Ponencia presentada en el 1er Curso de Psicooncología que se llevo a cabo del 27 al 29 de agosto, impartido en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Rusbult, C. & Arriaga, X. (1997). Interdependence Theory. In S. Duck (Ed.). Handbook of personal relationships theory, research and interventions. New York: John Wiley & Sons, 221-250.
- Sánchez Aragón, R y Díaz Loving. (2001). Cuando tenemos diferencias, ¿me preocupo por mi pareja o por mí?. Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. 6 (1).
- Sánchez Aragón, R. (1995). El Amor y la Cercanía en la Satisfacción de Pareja a través del Ciclo de Vida. Tesis de Maestría. UNAM.

- Sánchez Aragón, R. (2000). Validación Empírica de la Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la Relación de Pareja. Tesis de Doctorado. UNAM.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: a Theoretical and Empirical Overview. Journal of Social and Personal Relationships, 8, 99-127.
- Selye, H. (1976). The Stress of Life. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sinibaldi, J. F. (1998). Favoreciendo la cohesión familiar frente al cáncer y el VIH/SIDA. Tesis para optar el grado de especialidad en terapia familiar. CENCALLI. México.
- Sprecher, S. (1986). The relation between inequity and emotion in close relationships. Social Psychology Quarterly, 49,309-321.
- Stone, A y Neale, J. (1999). Coping with daily events and short-term mood changes: An unexpected failure to observe effects of coping. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 67 (5), 755-764.
- Triandis, H. (1994). Culture and Social Behavior. McGraw-Hill, Inc. Series in Social Psychology.
- Unión Internacional contra el cáncer (1993). Oncología clínica. Manual para médicos y estudiantes. México: Alhambra.
- Vaillant, G.E. (1977) Adaptation to life. Boston: Little Brown.
- Valderrama, P., Carbellido, S. y Domínguez-Trejo, B. (1995). Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Mujeres con Cáncer Cervico-Uterino. Revista Latinoamericana de Psicología. 27 (1), 73-86.

ANEXO 1

ANEXO 1

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la forma en la cual mujeres como usted y como yo sentimos, pensamos o actuamos en la relación de pareja, con el objetivo de crear programas de intervención que proporcionen alternativas para mejorar y/o fortalecer estas relaciones en ciertos periodos de transición.

La información que usted pueda proporcionarnos será tratada con absoluta confidencialidad, en forma anónima y procesada estadísticamente, por ello se le pide que conteste en forma honesta y sincera, ya que de sus respuestas depende que tan exitosos sean estos programas.

Por favor haga un esfuerzo por contestar todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa saber como se percibe usted y a su relación de pareja en general.

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COOPERACIÓN.

Datos personales.

Edad. ___ años

Escolaridad. Primaria (1) Secundaria (2) Técnico (3) Preparatoria (4) Licenciatura (5)
Posgrado (6)

Estado Civil. Soltera (1) Casada (2) Unión Libre (3) Divorciada (4) Separada (5)

Tiempo en su relación de pareja ___ años ___ meses.

Tiempo de haber recibido su diagnóstico ___ años ___ meses.

Tiempo que ha pasado desde que le practicaron la mastectomía ___ años ___ meses.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de formas que describen la manera en la que se reacciona ante la presencia de situaciones nuevas ya sea con la pareja o sin ella, por favor indique como lo hace usted según el siguiente enunciado.

"Después de haberme practicado la mastectomía yo . . ."

Siempre 5
Frecuentemente 4
Algunas veces 3
Ocasionalmente 2
Nunca 1

1	Me senti aceptada por mi pareja	1	2	3	4	5
2	Tomé más en serio mi salud	1	2	3	4	5
3	Anhelé ser la misma de antes	1	2	3	4	5
4	No quería saber nada sobre intimidad con mi pareja	1	2	3	4	5
5	Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía	1	2	3	4	5
6	Reflexioné más sobre mi mastectomía	1	2	3	4	5
7	Acepté hablar de la mastectomía con mi pareja	1	2	3	4	5
8	Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja	1	2	3	4	5
9	Busqué el consuelo de Dios	1	2	3	4	5
10	Traté de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación	1	2	3	4	5
11	Valoré aun más mi cuerpo	1	2	3	4	5
12	Intenté sentirme mejor bebiendo	1	2	3	4	5
13	Percibi mayor protección de mi pareja	1	2	3	4	5
14	Contabilicé las ventajas a largo plazo en mi vida	1	2	3	4	5
15	Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación	1	2	3	4	5
16	Hice muchas plegarias pidiendo por mi salud	1	2	3	4	5

En el ejemplo puede ver que hay siete cuadros después de agradecida, debe marcar con una X sobre el cuadro que represente mejor tu estado de ánimo posterior a la mastectomía. Si marca el cuadro más grande, esto indica que la emoción fue sentida en gran medida. Si marca el cuadro más pequeño; esto indica que este estado de ánimo no lo experimentaste. El espacio que se encuentra exactamente a la mitad, indica que no sentiste ni mucho ni poco esa emoción. El resto de los espacios indican diferentes grados de la emoción, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para tu propia persona.

Contesta tan rápido como sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión que venga a tu mente. Contesta en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada renglón. Tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerda que debes responder "QUÉ TANTO SENTISTE ESA EMOCIÓN"

QUÉ TANTO SENTISTE LAS SIGUIENTES EMOCIONES DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA

1	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>						
2	Esperanza	<input type="checkbox"/>						
3	Frustración	<input type="checkbox"/>						
4	Tranquilidad	<input type="checkbox"/>						
5	Melancolía	<input type="checkbox"/>						
6	Temor	<input type="checkbox"/>						
7	Preocupación	<input type="checkbox"/>						
8	Tensión	<input type="checkbox"/>						
9	Resignación	<input type="checkbox"/>						
10	Ansiedad	<input type="checkbox"/>						
11	Miedo	<input type="checkbox"/>						
12	Soledad	<input type="checkbox"/>						
13	Culpa	<input type="checkbox"/>						
14	Angustia	<input type="checkbox"/>						
15	Vergüenza	<input type="checkbox"/>						
16	Desesperanza	<input type="checkbox"/>						
17	Tristeza	<input type="checkbox"/>						

Ahora, por favor conteste a la siguiente pregunta.

CUANDO LE PLATiqué A MI PAREJA QUE HABÍA NECESIDAD DE OPERARME, SU REACCIÓN FUE _____

ANEXO 2

ANEXO 2.

Análisis de Regresión Múltiple de variables criterio sobre la percepción de cercanía con la pareja.

Modelo	Beta	Sig.
Aceptación	.659	.000
Indicador de Enfrentamiento: Trate de dominar a mi pareja poniendo como pretexto mi operación	.198	.008
Frustración	-.187	.059
Indicador: Tranquilidad	.145	.071
Análisis y Reflexión	.124	.171
Culpa	.109	.300
Indicador de Enfrentamiento: Deseé poder cambiar la manera de cómo me sentía	-.104	.195
Indicador: Esperanza	-.085	.280
Depresión	.066	.493
Indicador de Enfrentamiento: Esperaba el rechazo total por parte de mi pareja	.045	.556
Indicador: Resignación	.035	.644
Indicador de Enfrentamiento: Puse más atención en algún malestar derivado de mi operación	-.022	.759
Esperanza	-.022	.812