



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR
PERCIBIDO Y EL DISTRÉS EN MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA.
NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

ALEJANDRINA JIMÉNEZ VALENCIA

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO**

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

Aquellas mujeres que tras un diagnóstico de cáncer de mama se van convirtiendo en pequeñas orugas que se guardan y conservan para sí; para después, convertirse en hermosas y bellas mariposas que nacerán nuevamente al mundo para descubrirlo con todos sus sentidos.

A mis padres Ana y Chano que han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome toda su comprensión y cariño, por todo esto les agradezco de todo corazón.

A mi hermano Erick y hermanas Ara y Clau, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, las quiero muchas gracias.

A mis sobrinos Lupita, Micha, Chuchito, Angelito y Vicky, esas personitas que me gustaría tanto que al igual que yo tuvieran la satisfacción de tener una carrera profesional como yo.

A ti amor muchas gracias por estos años de conocernos y en los cuales hemos compartido tantas cosas, por estar conmigo en este día tan importante para mí, solo quiero agradecerte por todo el apoyo y el amor que me has dado para continuar y seguir con mi camino recuerda eres muy importante para mí.

A mis amigas.

A todos mis profesores que han dejado parte de su esencia en mí y los cuales sembraron esa semillita del sueño de ser una universitaria y tener una profesión en la vida.

Agradecimientos

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar la culminación académica y satisfacción personal que dura toda la vida.

Agradezco a mi entorno que me dio las facultades para pensar en mi futuro y sobre todo a mi mami Ana, fiel amiga, acompañante y consejera que si no fuera por su sacrificio hoy no estaría en donde me encuentro.

Gracias a la vida por todas las oportunidades que me ha dado como el ingresar a la UNAM.

Gracias al Mtro. Hugo Tapia quien me invito a ser parte de este proyecto depositando en mí su confianza.

Gracias a mi asesora de tesis la Mtra. Sofía quién me permitió formar parte de su equipo de trabajo, gracias por darme todo su apoyo, ayuda y conocimientos incondicionalmente para poder terminar mi tesis, así como su paciencia, su amistad y confianza para poder desarrollar mis primeros pininos en investigación.

Gracias a la Mtra. Rosa María Ostiguín quien ha formado parte de mi formación profesional.

Gracias a la Mtra. Leticia Sandoval por ayudarme y orientarme en la parte estadística de mi trabajo.

Gracias Rox por impulsar mi espíritu de lucha y tratar de que yo madure en la toma de decisiones para mi vida.

Gracias Vero por apoyarme en la revisión de estilo de mi trabajo, espero muy pronto tener en mis manos un libro tuyo pues eres una de mis escritoras favoritas.

Gracias Carmen mi amiga de toda la vida.

Amor gracias por ayudarme cuando más lo necesite, por darme gratos momentos y por la confianza depositada en mí todo este tiempo que hemos estado lejos ¡te amo!

Gracias a mis sinodales por todas las observaciones a mi trabajo y por las atenciones brindadas

No tengo palabras para seguir diciendo la gran satisfacción que me da poder terminar esta carrera en donde profesores y amigas dejan parte de sus experiencias, para formar parte de la ilusión de niña que hoy se hace realidad.

Gracias al Macroproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, en especial a la línea de investigación sobre cáncer de mama y al proyecto Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en la mujer con cáncer de mama. (NEEGPSP-UNAMSDELPTID.05.3)

Solo me queda claro que este camino es solo el comienzo de una gran historia. Muchas gracias.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama CaMa es la primera causa de mortalidad por neoplasias en mujeres de 25 años y más, afecta la integridad de la mujer y su familia, por la trascendencia del problema este estudio se realizó con el propósito de identificar la percepción de las mujer sobre el apoyo familiar recibido y su relación con el nivel de distrés que presenta; factores que influyen en su calidad de vida y deben ser considerados por la enfermera al proporcionar el cuidado.

Metodología: El estudio fue de tipo Observacional, Prolectivo, Transversal y Descriptivo. El universo se conformo por 210 mujeres con cáncer de mama con un año como máximo de diagnóstico de CaMa de una institución de 3er nivel de atención en el Distrito federal. La muestra fue de 56 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron su carta de consentimiento informado.

Resultados: El perfil sociodemográfico de la muestra fue: edad 48 ± 11 años, al agruparlas por rangos de edad el porcentaje más alto corresponde al grupo de 40 a 49 años (41%), respecto al estado civil el 41.1% de las mujeres son casadas, en nivel escolar el 55% de las mujeres tienen un nivel básico de educación, el 71.4% se insertan en la vida laboral, el IMC evidenció que solo el 30.4% de las mujeres tiene peso normal, el 60.8% presenta sobrepeso u obesidad, solo el 28.6% refiere antecedentes de cáncer, el 32% refiere padecer otra enfermedad además del cáncer.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al estado civil, las mujeres casadas perciben un apoyo familiar (media 4.2) que las mujeres divorciadas (media 2.9). El 61% de las pacientes tienen un distrés mayor de 4 con una media de 4.7, es decir que 6 de cada 10 mujeres tienen estrés negativo y requieren intervención de un especialista en salud mental. Al respecto de la edad de la paciente establece diferencias significativas ya que las mujeres de 30 a 49 años presentan mayor nivel de distrés que las que tienen más de 60 años.

Conclusiones: La población de este estudio percibe un buen apoyo familiar, pero presentan un elevado porcentaje de estrés negativo, que evidencia la necesidad de implementar estrategias de intervención en el manejo del distrés. Por lo anterior, se recomienda que sean las enfermeras quienes trabajen intervenciones breves para la canalización del distrés y el fortalecimiento del apoyo familiar, para mejorar la sobrevida con calidad de las pacientes con cáncer de mama. Los resultados de este pueden servir como precedente a otras investigaciones.

INDICE

Introducción	I
1.- Exposición del problema.	IV
2.- Marco Teórico.	1
2.1.- Epidemiología del cáncer de mama.	1
2.2.- Influencia del cáncer de mama en la mujer.	4
2.3.- Impacto psicosocial del diagnóstico de cáncer de mama.	9
2.4.- Cáncer y familia.	12
2.5.- Apoyo familiar.	16
2.6.- Estrategias para favorecer el apoyo familiar	21
2.6.- Estrés una respuesta ante enfermar.	22
2.6.1.- Tipos de estrés.	24
2.7 Cáncer y patrones de conducta	26
2.8 Distrés en relación a pacientes con cáncer	29
3. Material y Métodos.	36
3.1 Tipo de Diseño.	36
3.2 Objetivos	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
3.3 Población y Muestra.	36
3.3.1 Criterios de inclusión.	37
3.3.2 Criterios de exclusión.	37
3.3.3 Muestra.	37
3.4 Variables de Estudio.	38

3.5 Hipótesis	38
3.6 Procedimientos	38
3.6.1 Para la recolección de los datos	38
3.6.2 Para el análisis de datos	39
3.7 Instrumento de Medición	39
3.7.1 Descripción del Instrumento	39
3.8 Recursos logísticos	41
4. Resultados	42
4.1 Caracterización de la muestra	42
4.2 Apoyo familiar	43
4.3 Distrés	44
5. Discusión	45
6. Conclusiones	48
7. Referencias Bibliográficas	49
8. Anexos.	58

INTRODUCCIÓN

En México el cáncer de mama (CaMa) ocupa el primer lugar por mortalidad en mujeres mayores de 25 años y más; ocasiona efectos físicos, sociales, emocionales y espirituales en la mujer, que para ser afrontados con menos dificultades requiere de Apoyo Familiar (AF). Así, la familia se convierte en un recurso para el cuidado de la mujer.

Durante la trayectoria de la enfermedad la mujer experimenta diversos niveles de estrés, si la mujer es capaz de afrontarlo con una actitud positiva favorece su adaptación. Por el contrario, al no manejar adecuadamente su respuesta al estrés presenta diversas complicaciones como recaídas en su sistema inmunológico; mayor tensión en sus relaciones familiares que sin duda amenazan su salud física y mental.

Esta investigación forma parte del proyecto **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama con clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3**, y gracias al Macroproyecto *Nuevas Estrategias Epidemiológica, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública*, se realizó la presente tesis en la que se pudo conocer los niveles de estrés a los que se encuentran sujetas las mujeres con dicha patología pudiendo determinar el papel de AF y la perspectiva que tiene la mujer de su familia.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la percepción de la mujer sobre el apoyo familiar recibido y su relación con el nivel de estrés que presenta. Esto permitió identificar a las mujeres que tienen apoyo a fin de fortalecer estas redes que inciden en su calidad de vida, sin perder de vista a aquellas que se encuentran vulnerables al no percibir ningún apoyo, para trabajar con ellas estrategias de afrontamiento en un futuro y fomentar su afiliación a grupos de apoyo.

Los hallazgos de este estudio en ambos casos servirán como antecedente para diseñar estrategias de intervención que contribuyan al bienestar de la mujer y su familia.

En el marco teórico se expone la epidemiología del CaMa, pues es evidente que es un problema que va en aumento a nivel mundial, y por lo tanto, México no es la excepción, la magnitud de la problemática se ve reflejada en la economía del país, del sistema de salud y de las familias.

La influencia del CaMa en la mujer afecta el área biológica, física, psicológica y emocional y aqueja la vida diaria de la mujer; el impacto psicosocial del diagnóstico se ve reflejado tanto en la mujer como en su familia; que debe de estar preparada para manejar la situación así como el cambio en las actividades y roles, se proponen diversas alternativas de cómo la familia puede participar en el cuidado de la mujer.

El cáncer dentro de la familia resulta ser un factor estresante, el término de distrés es relativamente nuevo en nuestro vocabulario y por lo tanto se debe de explicar a las pacientes. Posteriormente se definen los tipos de estrés por los cuales puede atravesar la mujer. El distrés en particular en enfermedades crónicas como el cáncer altera la respuesta a la adaptación y el afrontamiento reduciendo la calidad de vida en la mujer.

En la metodología se describen el tipo de estudio, objetivos, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, variables de estudio, hipótesis, recolección de los datos, y los instrumentos de medición que fueron la escala de AF y el termómetro del distrés. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología.

El análisis de los datos se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial, por medio del paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for Social Sciences) SPSS versión 15, se realizaron medidas de frecuencia y correlaciones de Pearson, para comparación de grupos se realizaron t de Student y Anova.

En el capítulo de resultados se hace la caracterización de la muestra de pacientes, dado que el AF y Distrés son las variables centrales de este estudio se realizaron varios tipos de análisis estadísticos con el objetivo de observar y describir el comportamiento de estas variables.

Al cruzar la variable apoyo familiar con las características sociodemográficas se encontró que las mujeres casadas perciben un mayor apoyo familiar que las mujeres divorciadas. Las mujeres identifican al esposo como su principal fuente de apoyo.

En relación al distrés 6 de cada 10 de las pacientes presenta distrés, y son las mujeres en edad joven quienes presentan niveles más elevados.

En este estudio no se presentaron hallazgos significativos entre distrés y AF.

Se encontraron hallazgos semejantes reportados en la literatura, por ejemplo, que las mujeres que se encuentran apoyadas presentan una mejor calidad de vida, de igual forma son las pacientes menores a 50 años quienes presentan niveles de mayor distrés, y que el nivel de educación indudablemente marca una pauta en el afrontamiento del diagnóstico.

Por lo anterior, se recomiendan que sean las enfermeras quienes trabajen los tópicos de mujeres con CaMa pues son ellas quienes mantienen una estrecha relación con la paciente, de igual forma se sugiere que en otras investigaciones se tomen en cuenta aspectos como el estadio de la enfermedad, el tipo de personalidad y el número de hijos, variables que intervienen en los resultados del estudio.

Los resultados de este pueden servir como precedente a otras investigaciones.

1.1.- Exposición del problema

En México el cáncer de mama (CaMa) ocupa el primer lugar por mortalidad en mujeres mayores de 25 años y más; cada 2 horas muere una mujer por esta enfermedad que causa diferentes efectos físicos, sociales, emocionales y espirituales en la mujer, que para ser afrontados con menos dificultades se requiere del Apoyo Familiar (AF).

La familia es un recurso para la atención de las personas que enfrentan enfermedades crónicas, como lo es el CaMa y puede ser considerada como una de las redes de apoyo medulares en el fortalecimiento de la paciente, se ha demostrado que el apoyo de la familia favorece el apego al tratamiento, mitiga el dolor.

Por otra parte, se ha observado que el manejo del estrés por medio de intervenciones psicoeducativas atenúa la respuesta a estados de estrés por medio de la canalización de emociones; promueve una respuesta al tratamiento satisfactoria a su vez evita trastornos en el sistema inmunológico¹, favorece una actitud positiva, así como la adaptación y el afrontamiento a la enfermedad. Por el contrario, al no manejar de forma positiva su respuesta al estrés la persona disocia su tratamiento, presenta recaídas en su sistema inmunológico; tiene mayor tensión en sus relaciones familiares, lo cual puede disminuir su calidad de vida.

Una situación que enfrenta la mujer es el distrés que juega un papel muy importante en diversas enfermedades crónicas entre ellas el cáncer; es una reacción en donde intervienen múltiples factores estresantes sobre todo en el momento inicial de la enfermedad, el periodo transcurrido entre el hallazgo clínico y el diagnóstico médico del proceso oncológico.

El nivel de distrés que experimentan las mujeres con CaMa es multifactorial, la confirmación del diagnóstico, la pérdida de su independencia, los tratamientos mutilantes o dolorosos como la cirugía o la quimioterapia e incluso tan desconocidos y extraños como resulta ser la radioterapia.

Es importante mencionar que los efectos del distrés en una paciente con CaMa son más desfavorables pues la paciente debe lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental.

¹ Navas C., Villegas H., Hurtado R., Zapata E. Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer. Rev. venez. oncol.2007; 19 (1): 84-93. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822007000100012&lng=es&nrm=iso>. Fecha de acceso: 09-01-09.

Partiendo de lo anterior el objetivo del presente trabajo es conocer la percepción de la mujer sobre el AF percibido y su relación en el nivel de distrés que presenta, esto permitirá identificar a las mujeres que tienen apoyo a fin de fortalecer estas redes que inciden en su calidad de vida, sin perder de vista aquellas que se encuentran vulnerables al no percibir ningún apoyo, para en un futuro trabajar con ellas estrategias de afrontamiento.

Por otra parte las mujeres que no cuentan con apoyo y por lo tanto son más vulnerables al entorno, enfermería debería brindar atención integral a fin de favorecer su adaptación a la enfermedad y fomentar su afiliación a grupos de apoyo.

El CaMa no sólo afecta a la mujer también a la familia, que en ocasiones se ve imposibilitada para manejar la enfermedad y sus tratamientos, lo que los lleva a un fuerte desgaste que afecta su relación con la paciente, con frecuencia presentan estados ansioso-depresivos, así como la sobrecarga del cuidado; particularmente el cuidador primario es quien experimenta estos cambios emocionales.² Para muchas familias el cáncer es una enfermedad altamente estigmatizante y más aun en mujeres; por lo que la intervención de enfermería no sólo debe ser en la mujer, sino en la familia para permitir el desarrollo de habilidades que permitan mejorar la comunicación en su núcleo familiar.

Los hallazgos de este estudio servirán como antecedente para permitir estrategias de intervención que confieran al bienestar de la mujer y su familia.

² Zabalegui, A.; Juando, C.; Izquierdo, M.^ªD.; Gual, P.; González-Valentín, A.; Gallart, A.; Díaz, M.; Corrales, E.; Cabrera, E.; Bover A.; Sáenz de Ormijana, A.; Ramírez, A.; Pulpón, A.; López, L.; Jones, C. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: Una revisión sistemática. Gerokomos 2004; 15 (4): 13-22.

2. Marco Teórico

2.1. Epidemiología del cáncer de mama.

El cáncer constituye uno de los principales problemas de Salud Pública, de acuerdo con las Estadísticas Sanitarias 2008 en su apartado Cáncer de Mama, alrededor de 7.4 millones de personas fallecieron por cáncer en el año 2004, de continuar así esta tendencia se prevé que 83.2 millones habrán muerto para el año 2015.³

Más de 1,1 millones de mujeres en el mundo anualmente son diagnosticadas con CaMa. Esto representa cerca del 10% de todos los nuevos casos del cáncer y un 23% de todos los cánceres en las mujeres. Las tasas de incidencia están subiendo hasta 5% anualmente en los países de escasos recursos⁴; desgraciadamente la mayor parte del mundo afronta carencias de recursos, lo cual limitan la capacidad para mejorar la prestación en servicios de salud, así como la poca inversión para la detección temprana, el diagnóstico oportuno y los tratamientos certeros de esta enfermedad.²

Uno de los fenómenos demográficos y epidemiológicos más importantes de la fase actual de la transición demográfica en América Latina en materia de salud son las enfermedades crónicas degenerativas, pues su incidencia ha ido en aumento en particular el CaMa cuya mayor incidencia ocurre en el género femenino.⁵

En Latinoamérica y el Caribe el cáncer emerge actualmente como uno de los problemas epidemiológicos más sobresalientes de este continente. Según la guía de la UICC para América Latina de Prevención del cáncer: Estrategias basadas en evidencia en su apartado de Epidemiología menciona lo siguiente: El CaMa y el CaCu son los más frecuentes en las mujeres de América Latina; pero la importancia de cada uno de ellos varía de acuerdo a las regiones geográficas del continente. Pues en Centroamérica y el Caribe las tasas de incidencia tienen valores relativos para ambos casos (próximos a 30 casos por

³ Ferrante D., Fitzpatrick C., Dobo MG., Kinfu Y. Estadísticas sanitarias mundiales 2008. Cáncer de Mama: Mortalidad y Cribado .Organización Mundial de la Salud 2008: 23-25
Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/PDF_ES_WHS08_Full.pdf. Fecha de acceso 17-04-09.

⁴ Iniciativa Mundial de Salud de Mama (Breast Health Global Initiative / BHGI). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bhgi-about.htm>. Fecha de acceso 26-11-08.

⁵ Robles, S., Galanis E. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica [online]. 2002; 12(2): 141-143. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000800016&script=sci_arttext&tlng=en. Fecha de acceso: 25-01-09

100.000), mientras que en América del Sur las tasas de incidencia de CaMa son valores superiores a los 40 casos por 100.000, superando a los casos de CaCu.⁶

Las tasas de mortalidad por CaMa en México se han mantenido estables en la mayoría de los grupos de edad a partir de 1995 y se encuentran determinadas por efecto de cohorte y edad cuyos datos fueron estimados a través del modelo de regresión de Poisson. En estos casos las mujeres nacidas entre el año 1940 y 1955 muestran un mayor aumento en mortalidad en contraste con las nacidas después de estos años.⁷

En México las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en la población general – después de las cardiovasculares - representando gastos millonarios para los institutos de salud que las atienden. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) arrojó los siguientes resultados: El costo en promedio por año – paciente se calculó en 110 459 pesos para las mujeres diagnosticadas en 2002 y hasta 2006, representa un presupuesto revelador para el IMSS y es de connotar el hecho de que los costos tienen un alto incremento para la atención de mujeres en estadios avanzados y una menor probabilidad de sobrevida para estas pacientes⁸.

Lo anterior señala la estrecha relación que existe entre la salud y la economía. Motivos por los cuales sigue siendo un tema de alta prioridad e inquietud permanente para los encargados de diseñar los sistemas de salud nacionales. De igual forma genera costos monetarios a los pacientes, familiares y sociedad en sí; este hecho se ve reflejado en la economía del país y en las inversiones por parte de los sistemas de salud en México.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en el 2003 (Ensar 2003), muestran que en México, el cáncer mamario no es un problema del estrato socioeconómico alto, como se describe en otros países del mundo. La distribución de cáncer mamario sugiere la existencia de dos entidades nosológicas diferentes que requieren programas de prevención específicos. La variabilidad entre el tipo de

⁶ Barrios E., Galan Y., Sancho-Garnier H., Sabini G., Musé I. Epidemiología en Guía de la UICC para América Latina de Prevención del cáncer: Estrategias basadas en evidencia.13-27
Disponible en: <http://web0.uicc.org/uicc/templates/uicc/pdf/eb-la/01.pdf>. Fecha de acceso: 16-08-09.

⁷ Franco M., Lazcano E., López L. Breast cancer mortality in Mexico. Ana ge-period-cohort analysis. Rev. Salud Pública Mex. 2009; 51 suppl 2: S157- S164.

⁸ Knaul F.M., Arreola H., Velázquez E., Dorantes J., Méndez O., Ávila L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Salud Pública Méx. 2009; 51 suppl 2: S286- S295.

tratamientos contra el cáncer mamario, de acuerdo al estrato socioeconómico, evidencia la necesidad de revisar y estandarizar los criterios de tratamiento contra esta enfermedad, en las diferentes unidades hospitalarias, de acuerdo a los estadios del tumor.⁹

En el año 2007 se marcó una alta mortalidad por tumores malignos CaMa con un total de 3,120 defunciones con una tasa de 8.9 superando al CaCu con 2,463 defunciones con una tasa 7.0; estos datos se refieren a las mujeres en edad productiva (15 a 64 años).¹⁰

En un estudio¹¹ se exploró las diferencias regionales en la mortalidad por CaMa y CaCu en el país, mediante modelos probabilísticos ajustados por estado, grado de marginación y lugar de residencia (urbano/rural), se encontró que México presenta una elevada incidencia y mortalidad por neoplasias. Este trabajo revela inequidad en cuanto a los servicios de salud y la atención médica. A nivel regional es notoria una tendencia ascendente de CaMa en el norte del país y el Distrito Federal. No obstante, los problemas que se enfrenan al sur del país donde existe una mayor mortalidad por CaCu, pues estos estados tienen barreras del tipo geográficas, pues son comunidades con restringido acceso a la información, programas de prevención y diagnóstico oportuno.

Hoy, a pesar de vivir en el siglo XXI existen diferencias en cuanto el acceso a los servicios de salud y la tecnología disponible para la detección oportuna y tratamientos certeros de las neoplasias en la población de nuestro país.

De acuerdo con un estudio realizado en América Latina y el Caribe (LAC) los resultados que ellos encuentran proporcionan bases suficientes para ubicar al CaMa como un problema prioritario en materia de salud, de igual forma recaba evidencia sobre mejorar la información en cobertura por medio de los sistemas de comunicación, sin perder de vista que esta información se debe de brindar con calidad y oportunamente.

⁹ López C. L., Suárez L., Cáncer de mama. Análisis de los módulos de infertilidad, menopausia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.

¹⁰ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> Fecha de acceso: 25 de Agosto 2009

¹¹ Palacio L. S., Lazcano E., Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Rev. Salud Pública Méx. 2009; 51 Supl 2: S208- S219.

Un estudio utilizó un indicador denominado muertes evitables en relación con CaMa, este indicador calcula proporción entre la tecnología disponible para el diagnóstico temprano, los tratamientos y la atención médica oportuna bajo este indicador. En México 66% de las defunciones que ocurrieron entre el año 2000 y 2004 se pudieron haber evitado.¹² Si bien hoy en día el cáncer de mama tiene un alto porcentaje, no se debe perder de vista el enfocar un sistema de salud de calidad que incluya una mejor gestión de los servicios de salud y una mayor coordinación entre los diferentes Niveles de Atención. Es necesario también actualizar los datos estadísticos, pues resultan ser escasos los países que cuentan con un registro nacional de cáncer con los estándares establecidos por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) para que los países puedan diseñar nuevas políticas de prevención y control del CaMa.

Si bien es cierto que las estadísticas son importantes no debemos perder de vista que el CaMa rebasa todas las esferas de la mujer (individual, marital, familiar y social) es por ello que la familia juega un papel importante para el apoyo, de igual forma la paciente desempeña múltiples roles actores en la sociedad, pues ella es esposa, madre, hija, hermana, es una persona atrapada en un “algo” llamado cáncer.

2.2 Influencia del cáncer de mama en la mujer.

El Cáncer de Mama (CaMa) es la neoplasia más prevalente hoy en día en el mundo, causa el 16% de las defunciones en la mujer adulta. Las tasas de incidencia aumentan cada año como reflejo de la tendencia global a la predominación de estilos de vida que fomentan la exposición a factores de riesgo.

En la actualidad se especula sobre las causas del CaMa en el mundo, sin embargo, la mayoría de los autores refieren a los estilos de vida como los principales responsables. No obstante, el problema es muy complejo y aun está lejos de explicarse. Un trabajo efectuado en Noruega concluye que las diferencias por clase socioeconómica, en cuanto a riesgo de cáncer de mama, se encuentra ligado a factores reproductivos: las mujeres de mayor nivel educativo son quienes tienen su primer hijo a mayor edad, y de igual forma tienen un menor número total de hijos y mayor tendencia al uso de anticonceptivos orales, factores que se han asociado con mayor incidencia al padecimiento del cáncer de mama.¹³

¹² Lozano R., Gómez H., Lewis S., Torres L., López L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Rev. Salud Pública Méx. 2009; 51 Supl 2: S147- S156.

¹³ Restrepo H. E. Epidemiología y control del cancer de la mujer en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/DD/PUB/PC541-98-113.pdf> Fecha de acceso: 20 -12-2008.

El cáncer de mama representa, aún una de las mayores causas de muerte en la población femenina, sobre todo en mujeres que viven en condición de pobreza. Eso ocurre debido a la convergencia de factores tales como: un bajo nivel de educación, falta de acceso a la información y restricción a nuevos tratamientos terapéuticos, en este segmento de la población la práctica de la prevención es poco frecuente incluso en países primer mundistas.¹⁴

Algunas características reproductivas son consideradas como factores de predisposición al CaMa. algunos hallazgos encontrados en América Latina son: la edad temprana de la menarca, la menopausia tardía (a mayor exposición de estrógenos, mayor riesgo de CaMa), tener un primer hijo a edad avanzada; en México se ha observado que mujeres que tienen su embarazo después de los 28 años incrementan el riesgo de padecer la enfermedad (por el contrario un embarazo a término en edad temprana se convierte en un factor protector), la nuliparidad se encuentra estrechamente relacionada con el CaMa.¹⁵

Para la mayoría de las mujeres que son diagnosticadas con cáncer mamario, supone un gran trauma psicológico enfrentarse al diagnóstico oncológico y predisponerse a la pérdida de la mama, pues las mujeres consideran a las mamas como un símbolo de feminidad.

La mama es un órgano con una representación cultural, sexual, afectiva y psicológica, quizás por ello el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas del cáncer de mama son vividos por la mujer de una manera muy especial. La alteración de la simetría corporal es vista por la mayoría de las mujeres como una deformidad, incluso una sola cicatriz puede presentar una interpretación psicológica de gran magnitud incomprendida por el entorno social y familiar e incluso inadvertida para el personal médico.¹⁶

Las glándulas mamarias son algo muy propio para la mujer significan su identidad, forman parte de la coquetería de toda adolescente, constituyen parte importante del erotismo entre la pareja, son incluso una

¹⁴ Kamangar F., Dores G. M., Anderson W. F. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin. Oncol.* 2006; 24: 2137-50. En: Sanches Peres R., Dos Santos M. A. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: Respuesta emocional a la Enfermedad en mujeres de camadas populares. *Rev. Latino-am. Enfermagem [online]*.2007, n. spe (15): 786-791. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_11.pdf Fecha de acceso: 27-02-09.

¹⁵ Torres G., Ángeles A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Pública Méx.* 2009; 51 supl 2: S165 – S171.

¹⁶ Rojas G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2006; 17(4): 194 – 97. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/pdf/MED_17_4/IntervencionPsicologicap_194.pdf. Fecha de acceso: 27-11-08.

forma para amantar a sus hijos y un medio por el cual se tiene el primer contacto con estos, tal vez por ello, el cáncer en especial el de mama llega a ser considerado como una de las enfermedades mayormente temidas por las mujeres; sobre todo por las secuelas físicas y repercusiones emocionales, los tratamientos afectan generalmente la imagen corporal conducen a la mujer a rupturas con su propia identidad.

El descubrimiento de un nódulo mamario representa una amenaza para la mujer, primordialmente si se confirma su malignidad lo que deja expuesta a la mujer a un desequilibrio emocional que puede afectar de igual forma a la familia por lo que es necesario dirigir una asistencia integral a sus necesidades. La trayectoria vivida por la mujer desde el descubrimiento de la enfermedad, pasando por todos los tratamientos provoca diversas reacciones y sentimientos.

La confirmación del diagnóstico de CaMa representa un importante trauma psicológico en la mayoría de los casos porque, como lo sustenta la literatura científica especializada, la enfermedad incide sobre un órgano símbolo de la sensualidad y sexualidad de la mujer; motivo por el cual el CaMa causa efectos devastadores en el autoestima, la mayor parte de las mujeres presentan desde el momento del diagnóstico una percepción de que dejaron de ser sexualmente atractivas, presienten que no volverán a ser capaces de experimentar placer, y que no volverán a ser capaces de amar y ser amadas.¹⁶

El CaMa tiene una mayor connotación en la mujer pues es visto como una enfermedad mutilante debido a la mastectomía no solo físicamente sino emocionalmente experimenta una pérdida de su condición como mujer, llega a percibir en ocasiones un rechazo familiar debido a la falta de comunicación. Se ve como un ser deforme. "Esta deformidad física altera la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, particularmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente".¹⁷

La mujer experimenta sentimientos de negación, miedo y tristeza, involucra experiencias negativas a su situación e incluso llega a asociar inmediatamente el diagnóstico con la extirpación de su seno la cual se convierte en una amputación mental incluso antes de la cirugía, pues su seno es una parte de su esencia de mujer al que le ha otorgado un gran significado durante toda su vida, lo ve como una castración a su

¹⁷ De Trill M. Psicooncología Médica.2003. Madrid, Ades. En: Rojas G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 194 – 97. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/pdf/MED_17_4/IntervencionPsicologicap_194.pdf. Fecha de acceso: 27-11-08.

intimidad. A la mujer, el cáncer le afecta en todas sus dimensiones acarreado cambios en la percepción de su imagen corporal; causando trastornos físicos y emocionales.

Esta enfermedad determina un cambio en su propia imagen y el autoconcepto, definido por Roy como la noción individual de uno mismo con significado en respuestas emocionales internas y externas.¹⁸

El estado de shock, la rabia, culpabilidad son las etapas más frecuentes por las que atraviesan las mujeres de cáncer. Una vez superada cada fase lograrán asumir su nueva realidad, el mejor tratamiento para algunas mujeres es incorporarse a su trabajo, mantenerse fuera de su casa y mantener su mente ocupada pues les impide obsesionarse con el resultado de sus estudios, de igual forma el hacer bien las cosas se convierte en un reto, se enseñan a valorar la vida, disfrutar cada momento de su vida, ya que significa vencer la enfermedad.

El cáncer causa una crisis, misma que debe ser solucionada preferentemente en compañía de su familia, por lo tanto es necesario que los integrantes conozcan las reacciones y manifestaciones propias del cáncer, saber a quiénes recurrir en caso de apoyo psicológico, así como los cuidados a proporcionar para disminuir el estrés que la situación genera.

En un trabajo realizado en Brasil de tipo etnográfico que se llevó a cabo en 16 mujeres mastectomizadas cuyo objetivo era identificar los aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama según la visión de mujeres pertenecientes a un grupo de autoayuda, denominado GEPAM, los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas grabadas; las mujeres atribuyeron el surgimiento del cáncer de mama al estilo de vida que llevaban y a la influencia del medio cultural en el que se encuentran insertas, de igual forma, se encuentran influenciadas por patrones culturales adquiridos en el proceso de socialización. Se logró identificar las siguientes categorías relacionadas con el proceso de tener CaMa: represión de los sentimientos, herencia familiar, estrés, trauma físico, hábitos alimenticios y falta de cuidado en el cuerpo.¹⁹

¹⁸ Bañuelos Barrera P., Bañuelos Barrera Y., Esquivel Rodríguez M., Moreno Ávila V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (3): 129-134. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F2FD3D1A-4594-4F67-970D-C5E76996E96F/0/RevEnf3032007.pdf>
Fecha de acceso: 27-12-08

¹⁹ Carvalho Fernandes A., Mesquita Melo E., Almeida Araújo I., Figueiredo Carvalho Z. Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. Avances de Enfermería. 2005; 23 (2):28-35. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiii2_3.pdf Fecha de acceso 05-02- 09.

En otro estudio realizado en Brasil²⁰ de tipo descriptivo, transversal y cualitativo cuya muestra fue compuesta por 15 pacientes de una entidad de apoyo a las mujeres mastectomizadas por medio de una entrevista semi-estructurada para analizar las reacciones emocionales al cáncer de mama en un grupo de mujeres de clases populares, y en donde se postula la existencia de cuatro categorías mutuamente excluyentes de reacciones emocionales al cáncer de mama: **negación, estoicismo, aflicción y enfrentamiento**, que a continuación se describen.

La categoría negación se refiere a las respuestas que muestran un fraccionamiento de las experiencias psicológicas despertadas por el diagnóstico usualmente acompañadas de una actitud evasiva o de indiferencia. La categoría estoicismo comprende las reacciones emocionales establecidas en la creencia de que se debe soportar heroicamente el sufrimiento.

En la categoría aflicción son clasificadas las respuestas que indican que el sufrimiento emocional vivenciado por la mujer en función de la enfermedad es demasiado intenso y sobrepasa los recursos de adaptación que ella es capaz de movilizar para contenerlo. Finalmente, en la categoría enfrentamiento son clasificados aquellos comportamientos, sentimientos y pensamientos que denotan una actitud de buscar confrontar directamente la situación (el enfrentamiento focalizado en el problema es un recurso de adaptación positivo).

De acuerdo con los resultados de este estudio el estoicismo fue una de las reacciones emocionales más frecuentes en esta muestra. Se observó que es frecuente en pacientes con CaMa ciertos rasgos de personalidad, como la tendencia a suprimir emociones y de responder al estrés usando un estilo de enfrentamiento represivo,²¹ la notoria necesidad de programas multidisciplinarios de educación en salud compatibles con el universo de mujeres de escasos recursos para la popularización de la prevención del CaMa.

²⁰ Sanches R., Dos Santos M. A. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: Respuesta emocional a la Enfermedad en mujeres de camadas populares. Rev. Latino-am. Enfermagem [online].2007, 15 (n. spe): 786-791. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_11.pdf Fecha de acceso: 27-02-09.

²¹ Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. J. Psychosom Res 1987; 31(3): 385-92 En: Sanches Peres R., Dos Santos M. A. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: Respuesta emocional a la Enfermedad en mujeres de camadas populares. Rev. Latino-am. Enfermagem [online].2007, 15 (n. spe): 786-791. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_11.pdf Fecha de acceso: 27-02-09.

En un estudio realizado en la Ciudad de Nueva York²² basándose en modelos de procesamiento cognitivo, observaron los efectos de los acontecimientos recientes en la vida de mujeres en relación con el impacto de tener un familiar con CaMa y los trastornos psicológicos, su hipótesis era saber si los acontecimientos negativos en su vida se asociaban con una mayor angustia psicológica y si los últimos acontecimientos positivos se asociaban con menos sufrimiento psicológico, y si estos patrones eran más predominantes entre las mujeres con antecedentes familiares de CaMa que entre las que no los tenían.

Entre sus resultados mencionan que las mujeres con antecedentes de cáncer y acontecimientos negativos suelen asociarse con niveles más altos de CaMa y los actos positivos se asocian con niveles más bajos de CaMa. Es importante acotar que la historia personal de cada mujer interviene en cómo ella va a vivir el cáncer, la experiencia de un diagnóstico de cáncer en un familiar cercano resulta ser un factor estresante y puede generar trastornos psicológicos.

Las reacciones serán muy diferentes según la historia personal de cada mujer, ante enfermedades y muertes de sus seres queridos, según las edades, cultura, posibilidades económicas. Sin embargo, se produce una evolución de su propia supervivencia desde el momento del diagnóstico oncológico; de lo cual dependerá su respuesta de afrontamiento a la enfermedad.

Para algunas mujeres, el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de CaMa, puede ser mayor debido a trastornos psicológicos como el miedo, el tipo de personalidad, la depresión, ansiedad y hostilidad. Motivo por el cual se aborda a continuación el impacto psicosocial del diagnóstico de cáncer de mama.

2.3 Impacto psicosocial del diagnóstico de cáncer de mama.

La presencia de cáncer resulta ser para nuestra sociedad un evento catastrófico relacionado con el sufrimiento, el dolor, la incapacidad física, dependencia e incluso la muerte. El enfrentarse al diagnóstico de cáncer es un conflicto emocional fuerte; de igual forma produce un giro de trescientos sesenta grados en las funciones y rutinas por tanto lo que parecía estar en balance, de repente se altera por completo; no sólo para los pacientes, sino también para su entorno, amigos, trabajo, familia pues al igual que el paciente la noticia la asocian con hechos fatales.

²² Kim Y., Duhamel K. N., Valdimarsdottir H. B., Bovbjerg D. H. Psychological distress among healthy women with family histories of breast cancer: effects of recent life events. *Psycho-Oncology*. 2005; (14):555 – 563.

La presencia de un proceso oncológico provoca reacciones psicológicas de tipo social de gran importancia para la paciente y su entorno familiar. Ante el conocimiento de una enfermedad cancerosa el paciente manifiesta reacciones emocionales y conductuales por lo que el diagnóstico de CaMa es un evento devastador que impacta de manera integral a la mujer. Recibir un diagnóstico de cáncer resulta ser uno de los retos más difíciles de enfrentar y se considera demoledor es por ello, que el diagnóstico de cáncer en ocasiones domina los pensamientos y acciones produciendo efectos en la vida de la paciente, interfiere también con sus relaciones para con los demás así como el concepto de la vida debido a ello la importancia de sobrellevar el impacto emocional de vivir con cáncer.

En el ámbito psicológico, la literatura reporta que desde el momento del diagnóstico se presentan síntomas de estrés, depresión, ansiedad y angustia mismos que pueden disminuir o incrementar a lo largo del proceso oncológico que influyen de manera directa o indirecta en la evolución de la paciente, al actuar como motivadores y/o reforzadores de su recuperación, por el contrario, si no son manejados pueden influir de forma negativa en las respuestas adaptativas a la enfermedad.

El momento de mayor estrés, es el impacto inicial, el periodo transcurrido entre el hallazgo clínico y el diagnóstico, la afección psicológica de las pacientes es en el momento de la confirmación del diagnóstico motivo por el cual la paciente se encuentra alterada, presentando mayor nivel de ansiedad y sintomatología, es importante recalcar el impacto que ocasiona el diagnóstico del cáncer; pero estas reacciones son secundarias (hasta cierto punto), al acontecimiento de padecer una enfermedad catalogada como potencialmente fatal, y a eso le sumamos el temor de los tratamientos agresivos y mutilantes.

Cuando una persona es diagnosticada de cáncer implica un grave impacto emocional, pero en el caso específico del CaMa, además de temer a la enfermedad misma, se teme por las secuelas que trae esto en la vida de la mujer, las repercusiones estéticas tanto por el tipo de tratamiento que requiere, la extirpación del tumor repercute en asimetría corporal.

El cáncer de mama es una enfermedad de alta incidencia entre las mujeres mexicanas y, aunque mayormente son mencionados los efectos físicos, el padecimiento trae consigo un impacto psicológico más alarmante, especialmente en el sentido emocional. De igual forma cada mujer enfrentará el padecimiento de acuerdo a la actitud que tenga frente a la vida, sus creencias religiosas, y sobre todo el apoyo familiar que ésta reciba.

Aunque cada paciente es distinta, el hecho de enfrentarse al cáncer la une a un sentimiento de temor ante la enfermedad, en ocasiones es el temor a la muerte. Es recomendable que la mujer tome en cuenta primero que la muerte es algo natural que tiene que ocurrir algún día, posteriormente concientizar a la mujer que hoy en día el tener cáncer es una enfermedad que puede ser tratada y cuando se detecta tempranamente es curable.

El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico, sino que se basa en el contexto que rodea a cada paciente, se convierte en un marco de referencia para interpretar cada una de sus experiencias; por ejemplo, su respuesta al dolor, el valor atribuido a cada una de sus partes del cuerpo, las creencias previas que tenga respecto al CaMa, el significado que le dé a cada uno de los síntomas físicos, el uso de tratamientos alternativos y la actitud que mantiene ante la vida.

El hecho de ingresar a un hospital y someterse a diversos estudios, tratamientos médicos, padecer una enfermedad crónica e incluso el aceptar una limitación física tendrá diferentes significados para cada individuo todo ello influirá en la capacidad para adaptarse y afrontar el diagnóstico del cáncer.

El conocimiento básico de aspectos del contexto de la paciente y su influencia sobre la adaptación psicosocial al cáncer facilitara la interacción entre los miembros del personal de salud en especial el profesional de enfermería, la paciente y su familia, lo cual permitirá adoptar una actitud integradora en el cuidado de la mujer, así como tener en cuenta sus creencias religiosas y recalcar cómo su contexto cultural influye en el comportamiento y en las actitudes de la paciente y su familia. En el diagnóstico del cáncer debe sensibilizarse al personal de enfermería para brindar un apoyo significativo; sin olvidar la importancia de cada uno de los aspectos del individuo.

Para las mujeres que cumplen el rol de ser madres y que presentan la enfermedad, ésta les genera una situación devastadora dentro de su hogar, la situación de poner en tela de juicio su vida, pues es un hecho que la supervivencia está en riesgo a un corto o largo plazo, y puede sobrevenir un desenlace, manteniendo una zozobra en cuanto al futuro de su familia; por lo cual es necesario que la pareja y los hijos apoye a la paciente.

En otra instancia el padecer un proceso oncológico desde que acontece el diagnóstico y continúan los tratamientos son considerados por algunas pacientes como una alteración dentro de la cotidianidad de su vida. La angustia continua incluso después de haber superado el impacto del diagnóstico, a medida que las mujeres comienzan el largo proceso del tratamiento.

Sería recomendable que, como lo sugiere un artículo realizado en Estados Unidos, las familias deberían de ser evaluadas, para poder identificar aquellas con mayor riesgo de sufrir una disfunción, para que se canalicen a un profesional especialista en salud mental, para que de esta forma se fortalezcan las redes de apoyo con las que cuenta la mujer con CaMa.²³

Superar este momento depende de la dinámica familiar incluso antes del proceso oncológico, en las familias donde existe una mayor cohesión, que mantienen una mayor unión de convivencia prácticamente no se producen cambios en el funcionamiento familiar ni con su pareja; mientras que en aquellas familias con menor unión y una baja cohesión familiar existe un riesgo elevado de una ruptura familiar en sus relaciones, por ello es necesario aunar un poco en la situación de la familia frente al cáncer.

2.4 Cáncer y Familia.

Una familia se encuentra organizada de diferentes formas, tiene sus propias necesidades, capacidades y obstáculos, es el lugar donde cada uno de sus integrantes cuenta con sus objetivos conforme a su propia lectura del presente, en algunas se encuentra muy marcada la integración y en su mayoría tienden a ir en búsqueda del bienestar.

A la familia se le puede considerar como un ente dinámico, pues siempre se encuentra en movimiento, es un lugar donde siempre ocurren cambios, se asumen riesgos, es un grupo que se encuentra sujeto a la influencia de su entorno.

No obstante, idealmente cuando nos referimos a la familia se visualiza un grupo sin conflictos. Sin embargo, ante el cáncer enfermedad relacionada al sufrimiento y la muerte, la familia sufre el impacto del cáncer sobre alguno de sus integrantes, más cuando la afectada resulta ser la responsable del hogar y del cuidado de los hijos. Es muy común que a la madre se le reconozca las labores que hace en el hogar en el momento en que falta; motivo por el cual la mujer con CaMa se ve en una situación de vulnerabilidad, percibiendo su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia.

Es importante mencionar que para que la familia pueda sobrellevar una crisis como esta es recomendable fortalecer el apoyo de su familia y amigos, con el fin de tener herramientas que le ayuden a mantener una comunicación abierta con sus seres queridos, el hablar con otros sobre su enfermedad, puede facilitar el ajuste emocional, la comunicación abierta es de particular importancia en el entorno familiar, debido a que

²³ Edwars B., Clarke V. The validity of the family relationships index as a screening tool for psychological risk in families of cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2005; (14): 546 – 554.

la familia representa la fuente principal de apoyo, también puede ayudar a un mejor funcionamiento de la salud mental, es por ello que se deben encaminar los esfuerzos para mejorar la comunicación productiva entre las mujeres con CaMa y sus familiares, esto puede ayudar a las pacientes a hacer frente a su situación y superar los retos de su supervivencia con el cáncer.²⁴

La expresión de sentimientos positivos ofrece la oportunidad de convivir y fomentar en la mujer el autocuidado, pues el que ella se encuentre enferma no la incapacita para continuar con su vida, es importante que los familiares no traten de sobreprotegerla pues deben de respetar sus decisiones y a la vez darse cuenta que tiene sus propias necesidades, así como, brindarle seguridad para superar la enfermedad y pueda continuar con su estilo de vida, pues debe de adaptarse a su nueva situación de vivir con el cáncer.

Las demostraciones físicas de amor fortalecen a la mujer, a través de caricias, besos, abrazos se mejora el estado de ánimo, la paciente se tranquiliza y relaja; le dan una sensación de consuelo, ayudan a levantar la autoestima de la mujer, es por ello, la importancia del contacto físico. De igual forma las miradas, el respeto a los espacios de silencio contribuyen al bienestar emocional de la paciente.

La familia es la principal fuente de demostraciones afectivas de todo tipo. Es muy común que en ocasiones los pacientes con una patología neoplásica tienden a controlar sus emociones socialmente negativas (preocupación, rabia, ira, tristeza) a diferencia de los sujetos sanos, en un estudio realizado en España, que trabajó con una muestra de 166 sujetos (83 pacientes con cáncer, atendidos por primera vez en el Servicio de Oncología del Hospital Clínico de Málaga y 83 individuos sanos reclutados de la población en general), este estudio evidencia que los pacientes con cáncer presentan un estado caracterizado por el control de emociones y la represión de la tristeza a diferencia de los sujetos sanos.²⁵

Por ello, la necesidad que la mujer con CaMa debe expresar lo que siente y piensa de manera clara y directa siendo asertiva en todo momento para evitar emociones negativas que puedan herir los sentimientos de quienes la rodean; cuando más racionalmente se comporte, aceptará su enfermedad, por el contrario cuando más tarde en comprender su situación y más trate de reprimir sus emociones

²⁴ Mallinger J.B., Griggs J.J., Shields C. G. Family communication and mental health after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2006. (15): 355 – 361.

²⁵ Anarte M. T., Esteve R., Ramírez C., López A. E., Amorós F. J. Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*. 2001, 3 (4): 636 – 642. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/491.pdf>. Fecha de acceso 12 – 08 – 09.

negativas, presentará una mayor dificultad para afrontar el cáncer.²⁶Es importante acotar que la adaptación también depende de los pacientes, no solo de la familia, pues son ellos quienes deben de implementar estrategias que favorezcan su afrontamiento.

Para la paciente con cáncer el apoyo de su familia es básico puesto que le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, porque un estado emocional adecuado mejora la respuesta terapéutica de la paciente. En este sentido, la familia ofrece la posibilidad de integrar a la mujer a sus actividades de la vida diaria, dando fuerza positiva en la toma de decisiones encaminadas a la recuperación de su salud; por lo que ante esta enfermedad la familia tiene que estar capacitada para enfrentar con éxito los reajustes necesarios para integrarse de nuevo en sus actividades de la vida diaria, ya sean laborales o de convivencia social.

Al inicio las pacientes se ven afectadas por un componente psicológico, posteriormente, a medida que se adentra en los tratamientos, van incidiendo los aspectos físicos. Finalmente lo que resulta mayormente afectado son la vitalidad de la mujer y el sufrimiento social; expresado de otra forma debido al dolor físico del cáncer, la paciente tiende a experimentar periodos de depresión al ver reducida su capacidad física y de igual forma el deterioro de sus relaciones sociales. Éste es un momento difícil donde el apoyo de la familia favorece a la mujer con cáncer de mama, debido a que la paciente cruza por un periodo de duelo al haber perdido su salud, en el que tiene dificultades para afrontar la realidad del diagnóstico lo cual conlleva a una pérdida de tiempo valioso en su recuperación.

La ayuda solidaria y espontánea que pueda proporcionar de la familia primaria (pareja e hijos), así como el sostén y contención que aporten los amigos, serán soportes indispensables para sobrellevar los diversos efectos del tratamiento y facilitarán las necesidades durante su evolución clínica. Siempre que se cuente con alguien que ayude con la administración de los medicamentos, los horarios de los alimentos, y atención de las necesidades básicas de las mujeres, tanto físicas como emocionales, ella podrá superar de mejor forma el tratamiento.

Las redes de apoyo y los cuidados personales pueden mejorar el pronóstico de supervivencia de las mujeres con cáncer; influyen en la estabilidad emocional y calidad de vida tanto como los tratamientos con

²⁶ Vinaccia S., Arango C., Cano E., Tobón S., Moreno E., López A. E. Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. Univ. Psychol. 2006; 5 (3). Disponible en: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1657-92672006000300012&script=sci_arttext. Fecha de acceso: 25 - 08-09

fármacos, ello ha dividido la opinión entre los partidarios de la medicina centrada sólo en las reacciones fisiopatológicas, y los seguidores de la medicina sicosomática, que integra la valoración de aspectos físicos y emocionales en el estudio y tratamiento de enfermedades.

En un estudio realizado por un grupo de investigadores del Centro Oncológico Fox Chase en Filadelfia, en colaboración con el Hospital Henry Ford en Detroit, encontraron hallazgos suficientes a favor del enfoque sicosomático, ellos sostienen que los factores que integran la calidad de vida de un paciente, como su salud en general, su estabilidad emocional, el apoyo social y los recursos financieros con los que cuentan, harán la diferencia en su afrontamiento a la enfermedad.²⁷

Las personas en mejor estado físico y con un sistema de apoyo tendrían mejores resultados que quienes no cuentan con alguien que los ayude durante su tratamiento. Tras valorar a 239 enfermos con cáncer pulmonar sometidos a tratamiento con quimioterapia y radiación, los especialistas determinaron que la calidad de vida es el factor más importante para pronosticar la supervivencia, por encima de valoraciones como el tamaño del tumor o la evolución de la enfermedad. Encontraron que los pacientes con salud delicada o carentes de apoyo antes de iniciar tratamiento y fueron vigilados durante 17 meses cuyos resultados mostraron una tasa de mortalidad de 70% mayor en relación con quienes vivían en mejores condiciones.

De acuerdo con la literatura el apoyo familiar es una de las variables intervinientes en la calidad de vida del binomio cuidador familiar- persona dependiente y está específicamente relacionada a la mujer de retomar su plan de vida. El tema sobre el apoyo y las redes sociales ha sido identificado como un factor social de protección.

El apoyo es esencial para hacer frente a las necesidades emocionales de la mujer con cáncer y su familia a la hora de afrontar el diagnóstico, motivo por el cual a continuación se mencionara la importancia del apoyo familiar (AF) a la mujer.

²⁷ Apoyo Familiar, arma contra el cáncer. Atención y cuidados aumentan supervivencia en pacientes más que terapias físicas y medicamentos. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/cultura/54591.html>. Fecha de acceso 22-11-08.

Ante este panorama el apoyo familiar es de gran importancia durante el tratamiento, ya que a través del apoyo se puede generar un estilo de vida que disminuya el nivel de estrés y favorezca la calidad de vida y recuperación de la paciente por lo que a continuación se aborda el apoyo familiar.

2.5 Apoyo Familiar

La familia constituye la institución base de toda sociedad; las culturas definen de manera diferente el concepto de familia. Mientras que en algunas culturas se considera familia al núcleo formado por padres e hijos, en otras culturas la familia se refiere a aquellos miembros unidos por lazos de sangre con los que se mantiene una estrecha relación. El grupo cultural al que pertenece un paciente oncológico determinará en gran parte, quién será su cuidador principal; quién es el familiar que tomará las decisiones médicas; qué rol va a adoptar cada uno de los miembros de la familia ante la enfermedad y cómo se va a implicar cada uno de los miembros; cómo se va a transmitir la información médica; el grado de cohesión entre los familiares, y cómo va a reaccionar la familia en conjunto, a la nueva situación médica.²⁸

Las creencias que la familia posee sobre la salud y la enfermedad pasarán de una generación a otra a través de patrones inconscientes de comportamiento y de actitud, y estarán influidas no sólo por el grupo cultural al que pertenece la familia, sino también por la misma cultura familiar.

La familia o la pareja en ocasiones resultan ser vistos automáticamente como sostén natural de ayuda incondicional a la paciente. Debido a los cambios o limitaciones que la mujer sufre durante la enfermedad; los familiares en ocasiones, tienen que renunciar a sus actividades para acompañar a la paciente durante el transcurso del cáncer o tratamiento; se convierten en cuidadores lo que se resume como el hecho de desempeñar un nuevo rol, esto hace que la mujer se sienta en ocasiones culpable por los reajustes que su familia tiene que hacer en el acompañamiento de la paciente en el proceso de su enfermedad por ello es recomendable que los familiares eviten cambios bruscos en sus actividades de la vida diaria para evitar que la paciente se sienta culpable de la situación en la que ha orillado al familiar.²⁹

²⁸ Die Trill M. Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. Rev. de Psicooncología. Madrid. 0(1):39-48. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%200%20%281%29/INFLUENCIA%20DE%20LA%20CULTURA%20EN%20LA%20EXPERIENCIA%20DEL%20CaNCER.pdf>. Fecha de acceso: 21-Mayo-2008

²⁹ Mesquita, E., Magalhães, R., Pereira, M.S., Carvalho, A.F., Influencia de la mastectomía en los roles de la mujer y la familia. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia. 2005; (72): 9-14. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/72/articulos-cientificos/02.-INFLUENCIA.pdf> Fecha de acceso: 21-05-08.

El enfermo con cáncer hallará en la familia apoyo para afrontar la enfermedad, y la carga de la responsabilidad que genera la enfermedad será compartida, pero su percepción de control sobre ella puede verse reducida.³⁰

La enfermedad crónica sucede dentro de la familia, no en el aislamiento de la persona. La identificación social de la familia y del paciente es afectada por el cáncer dentro de su funcionamiento psicológico y social. Los familiares deben de ser un apoyo importante para la mujer con cáncer. Al inicio puede ser difícil el no sentirse preparados para la situación, sin embargo, todos los miembros de la familia deben apoyar a la paciente.

El apoyo familiar (AF) es definido como las diversas acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer con cáncer de mama **la expresión de sus preocupaciones, molestias y sentimientos negativos** que ocasiona que la enfermedad; **el fomento de actividades de cuidado a la salud** que favorezcan la independencia y los sentimientos de autocontrol y el **fomento de la adaptación y recuperación** de la mujer en un entorno terapéutico.³¹

La familia es de manera natural la fuente primaria del cuidado y protección que la mujer requiere cuando se enfrenta al cáncer. En ocasiones la angustia de la enfermedad provoca en la paciente y la familia una incapacidad de comunicación por ello es importante recalcar que es necesario que exprese sus preocupaciones, emociones y necesidades de forma clara y directa.

La familia también tendrá que adaptarse a la situación de la paciente con cáncer y tendrán que aplicar mecanismos para mantener en equilibrio en el núcleo familiar. El AF es visto como aquellos cambios en los hábitos de los familiares más cercanos son los destinados a estimular al paciente para el cumplimiento de indicaciones prescritas por el médico.³²

³⁰ Die Trill M. The patient from a different culture. En J Holland, editor. Psycho-Oncology, New York, Oxford University Press,1998; 857-66

³¹ Maly R., Umezawa Y., Leake B., Silliman R. Mental Health Outcomes in older women with breast cancer: Impac of perceived family Support and adjustment. Psycho- Oncology. 2005; (14): 535-545.

³² Marín R. F., Rodríguez M. M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública Méx. 2001;43 (4):336-339. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n4/5900.pdf> Fecha de acceso: 12-06-08

Los familiares suelen vivir una crisis: algunos asumen nuevos roles, otros se retraen, pero todos sufren el llamado duelo oncológico, que va desde la negación y la rabia a la aceptación. Mientras que algunos hijos acompañan durante el proceso a sus madres, otros se alejan por miedo a perderlas. Si bien, el cáncer de mama tiene hoy un alto porcentaje de cura, las secuelas tanto físicas como emocionales que experimentan la paciente y su familia parecen ser uno de los desafíos de la medicina oncológica. El apoyo emocional de la familia es clave para el bienestar de la mujer enferma.

El ser humano precisa ayuda de sus semejantes, con respecto a la importancia del apoyo familiar un estudio de tipo descriptivo con corte transversal realizado a 144 ancianos que vivían en familias multigeneracionales, cuyo objetivo era caracterizar las relaciones familiares del anciano a partir de su percepción, en donde se les aplicaron las siguientes pruebas: la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de actividades instrumentadas de la vida diaria y un cuestionario confeccionado al efecto. En los resultados se destaca que la comunicación constituye un factor individual muy importante que afecta la salud y las relaciones sociales de la persona. "El hecho de que los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo muy positivo ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas."³³

El apoyo social percibido puede ayudar de forma trascendental en el acompañamiento de la mujer tras la enfermedad, el apoyo social percibido, conceptualizado en términos cognitivos puede ser considerado como la percepción de sentirse amado y estimado por los demás; "supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas y beneficia la salud integral del paciente."³⁴

Este hallazgo puede ser semejante en las mujeres con CaMa ya que la experiencia que viven depende en gran medida de los miembros de su familia debido al apoyo que les proporcionan durante su enfermedad.³⁵

³³ Domínguez G. T. B., Espín A. A. M., Bayorre V. H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):418-22
Disponble en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/mgi02501.pdf. Fecha de acceso: 2-02-09.

³⁴ Gómez L., Pérez M., Villa J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. Psicología Conductual. 2001; 9: 5-38. En: Vinaccia S., Quiceno J. M., Fernández H., Contreras F., Bedoya M., Tobón S., Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmonar. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2005; 15 (002): 207-220. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115205.pdf> . Fecha de acceso: 13-05-09.

³⁵ Balneaves LG., Bottorff J. L., Grewal S. K., Naidu P., Johnson J. L., Howard A. F. Family Support of Immigrant Punjabi Women With Breast Cancer. Family & Community Health. 2007 (30) 1: 16 – 28.

Los cambios de comportamiento resultan ser evidentes al interior de la familia por lo cual se da un preámbulo de la importancia de la familia frente al cáncer. Tras el impacto provocado por el cáncer, para que la mujer enfrente todo el proceso necesita de una red de soporte como la familia, esta tendrá una importante participación, el amor y el cariño que los hijos expresen a su madre, ayuda a enfrentar su situación con confianza y fuerza, pues sus hijos representan una importante fuente de apoyo haciéndolas sentir amadas.³⁶

Dentro del conjunto de factores más estudiados en investigaciones sobre la resistencia al estrés, se encuentran los recursos de apoyo social o redes sociales. Ello se debe a que se ha observado que la presencia de recursos sociales se encuentran asociados con la salud física y mental.

Los recursos sociales están relacionados con la probabilidad de permanecer sanos bajo estrés y con rapidez para recuperarse de una enfermedad. En un estudio piloto, de tipo transversal con diseño experimental realizado en EEUU, se analizaron las reacciones entre la historia familiar de CaMa y los trastornos psicológicos a fin de evaluar las dificultades y derivar una posible intervención. Se encontró que la cohesión familiar reduce la angustia en las mujeres con antecedentes de CaMa, pues las relaciones familiares desempeñan en cierta medida un apoyo para la mujer.³⁷

El sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. Inversamente, cuando tal apoyo no es disponible o retenido, la situación del paciente es visiblemente deteriorada.

Sin embargo, en otro estudio realizado en Madison, Wisconsin y Chicago, con una muestra de 246 mujeres, se evaluó la utilidad de la información en la toma de decisiones y el apoyo recibido de su familia, amigos y proveedores de cuidado tras el diagnóstico reciente de CaMa, los datos fueron recolectados en dos momentos a través de encuestas a las pacientes: en un promedio de 2 meses después del diagnóstico y de seguimiento a los 5 meses. Los resultados mostraron que las mujeres reciben un apoyo de utilidad (útil) durante el periodo cercano al diagnóstico de la enfermedad, pero este va disminuyendo en el primer año del proceso oncológico. Concluyendo que los esfuerzos de los profesionales de la salud

³⁶De Lima M., Távora T., Magalhães R., Giménez M. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales: Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia. 2006; 74:14-19. Disponible en:<http://www.enfervalencia.org/ei/74/articulos-cientificos/3.pdf> Fecha de acceso: 23-09-08.

³⁷ Turner J. M., Bloor L. E., Whittemore A. S., West D., Spiegel D. Disengagement and Social Support Moderate Distress among Women with a Family History of Breast Cancer. The Breast Journal. 2006; 12 (1): 7- 15.

deben encaminarse a orientar a la familia para que esta le brinde apoyo durante toda la experiencia de vivir con el cáncer.³⁸

Los altos niveles de ayuda promueven bienestar independientemente del acontecimiento estresante, y el modelo de amortiguadores del estrés en donde los efectos negativos de la tensión son disminuidos por la disposición de la ayuda social.³¹ Gracias al apoyo y el ajuste de la pareja y los hijos se produce un menor estrés y ansiedad entre las mujeres a la vez interviene en la salud mental de la paciente.²⁹

A pesar de la supervivencia libre de enfermedad, la mejoría del pronóstico y el descubrimiento de nuevos tratamientos, el cáncer de mama sigue siendo un importante malestar psicológico, pues la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos que experimentan son mayores en mujeres con cáncer a diferencia del resto de la población.

En un estudio realizado en Barcelona con una muestra de 29 mujeres, ³⁹ de tipo transversal y cuyo objetivo era estudiar la relación de variables socio-demográficas, clínicas y psicológicas en relación al apoyo social percibido y su adaptación psicológica en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, se les aplicaron los siguientes instrumentos: escala Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983), que permite detectar estados de ansiedad y de depresión en pacientes no psiquiátricos, la Openness to Discuss cancer in the nuclear family, que evalúa la comunicación en el núcleo familiar en relación a la enfermedad, la Functional Social Support Questionnaire, que valora el apoyo social percibido por la paciente y el -Mini-Mac, que evalúa el modo de afrontar la enfermedad (Espíritu de lucha, desamparo, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación cognitiva).

Dentro de los hallazgos significativos se encontró que las pacientes experimentaron elevados niveles de ansiedad independientemente de su edad, estadio de su enfermedad y el tipo de tratamiento; esta misma predominaba sobre los síntomas de depresión, otro de los aspectos encontrados es que la comunicación en el núcleo familiar sobre la enfermedad esta inversamente relacionada con síntomas de ansiedad, de manera que las pacientes que podían expresar abiertamente sus preocupaciones sobre la enfermedad

³⁸ Neeraj K. A., Finney Rutten L.J., Gustafson D.H., Moser R., Hawkins R. P. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho -Oncology*. 2007; (16): 474 – 486.

³⁹ Sánchez N., Andrés S., Peri J. M., De Pablo J., Salameo M. Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percibido y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna* 2002; 29(5):296-300. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_5/ps-29-5-003.pdf. Fecha de acceso 04-03-09.

experimentaban menos ansiedad. Intrínsecamente las variables relacionadas con apoyo social; la comunicación en el núcleo familiar se hallaban significativamente relacionadas con el apoyo social percibido, de manera que las personas que podían expresar abiertamente sus preocupaciones relacionadas con la enfermedad se sentían apoyadas socialmente.

Este artículo evidencia que es erróneo no hablar acerca de la enfermedad, particularmente cuando la paciente se encuentra en fases avanzadas y las expectativas de supervivencia son pocas, se crea entonces una relación tensa, denominada conspiración de silencio, que conduce al paciente a un progresivo aislamiento que sin duda afecta a su adaptación psicológica por lo tanto la comunicación en el núcleo familiar es de gran importancia en la asistencia psicológica de pacientes con cáncer de mama.

Por otro lado en un estudio brasileño⁴⁰ de tipo descriptivo – cualitativo con una muestra conformada por 15 familiares de mujeres mastectomizadas en donde se pretendía analizar el comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama y cuyos datos fueron obtenidos por medio de entrevistas semi-estructuradas basadas en una propuesta que enfatiza el modelo de adaptación de Roy, se encontró que el miedo fue un sentimiento significativamente presente entre los familiares, en el momento del descubrimiento de la enfermedad y frente a la noticia de la cirugía, también se percibió deficiencias en las orientaciones a los familiares, muchas veces dejados de lado en el tratamiento. En este sentido, se enfatiza que el personal de salud que asiste al paciente oncológico, en especial la enfermera debe de interactuar con la familia durante la planificación de los cuidados, porque la familia constituye una parte esencial en la recuperación de la mujer.

2.6 Estrategias para favorecer el apoyo familiar.⁴¹

Es muy común que cuando la mujer se entera del diagnóstico de cáncer no lo acepte y llegue a experimentar sentimientos de miedo, confusión, tristeza y enojo. Sin embargo, es importante que la mujer no se dé por vencida, ya que la respuesta ante el cáncer al igual que otras enfermedades crónicas así como el curso y pronóstico dependen en gran parte de la colaboración de la paciente.⁴²

⁴⁰ Mesquita Melo E., Magalhães da Silva R. M., De Almeida A. M., Carvalho Fernández, A. F., Mota Rego C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. Rev. Enfermería Global mayo 2007; 10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228> Fecha de acceso 15-05-08.

⁴¹ Pérez S. E., Jiménez A., De Carlo G. Fortaleciendo el apoyo familiar. (1): 5-24

⁴² Monge F. S. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco.2006; 15 (1,2): 48-54. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf. Fecha de acceso: 23-03-09.

La búsqueda del AF le puede brindar el cuidado y la protección que la mujer necesita, se recomienda que no olvide a sus amigos, pues ellos junto con la familia serán una red de soporte en los momentos difíciles, las mujeres que piden y reciben apoyo presentan un mayor bienestar físico, emocional y espiritual.

Se invita a la mujer a hacer un plan de acción, en el cual se dividan tareas como el quehacer del hogar, el cuidado de los hijos entre otras. La paciente debe procurar tener una comunicación clara, franca y directa con sus seres queridos, de igual forma debe de aprender a escuchar.

Se recomiendan tres sencillos pasos en el plan de acción de la familia.

- ☞ Ayudar a la mujer a que exprese como se siente.
- ☞ Apóyela en las actividades de su cuidado.
- ☞ Ayúdela en su adaptación y recuperación.

Es importante que la mujer y la familia tengan en cuenta que sólo el amor y su fortaleza para hacer frente a la enfermedad son las herramientas para sobresalir de una crisis como lo es el cáncer de mama.

2.7 Estrés una respuesta ante la enfermedad.

El estrés juega un papel importante en diversas enfermedades, entre ellas el cáncer, es una reacción del cuerpo ante algo nuevo y desconocido. Es importante señalar que los efectos del estrés en una persona con cáncer son mayormente dañinos en el sexo femenino en particularmente en el cáncer de mama.

La palabra estrés proviene del inglés *strein* que se puede traducir como tensión y del francés *détresse*, que significa *pena o aflicción*. Es una reacción fisiológica del organismo en el que intervienen varios mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se percibe como amenazante.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, sin embargo este mecanismo de defensa bajo determinadas circunstancias puede desencadenar problemas de salud. Esta interacción produce en el organismo una serie de reacciones físicas, emocionales y psicológicas, con diferentes consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Hans Selye fue el primer científico que estudió seriamente al estrés lo definió como "la respuesta no específica del organismo ante cualquier exigencia", posteriormente en 1936 postuló su Teoría del Síndrome General de Adaptación (S.G.A.) descubrió que todas las sustancias tóxicas, sin importar su origen producían la misma respuesta; incluso el calor, frío, infección, traumatismo, factores emocionales, los cuales en 1950 denominó estresores.⁴³

⁴³ Estrés y trabajo. Disponible en: http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm. Fecha de acceso: 04-05-09.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define al estrés como un "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción".

El estrés se define como una amplia clase de experiencias en las cuales se produce tensión ante situaciones demandantes que ponen a prueba la capacidad de resolución de problemas y el nivel de adaptación de cada individuo. También es considerado como un fenómeno estable y aditivo, mensurable para determinados acontecimientos vitales. Los agentes estresantes pueden ser evolutivos, ambientales, físicos, sociales, emocionales o espirituales. El sujeto y el ambiente se consideran constantemente relacionados, afectándose mutuamente.

El estrés es una reacción desencadenada de origen psicosocial y/o comportamiento como la frustración, la ansiedad y la sobrecarga, se presenta produciendo una respuesta positiva o negativa. Dando lugar a varias enfermedades, tanto físicas como emocionales de igual forma, puede producir una muerte prematura a consecuencia al agotamiento de energías. Mediante la adaptación es posible sobrevivir, cambiar y crecer manteniendo un equilibrio. La enfermedad es una respuesta común ante el estrés. Una vez que el sujeto se enferma, la enfermedad se convierte en otro agente estresante lo cual requiere de una nueva adaptación.

El estrés afecta a la persona ya sea al inicio del proceso oncológico o en el transcurso; genera cambios en estilo de vida o la conducta del individuo.

Las conductas en su mayoría son perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcoholismo, la drogadicción, patrones inadecuados de alimentación, así como, el rechazo a tratamientos médicos.

Actualmente la psiconeuroinmunología basada en diversos estudios ha descubierto las Células NK (Natural Killer) cuya actividad citotóxica se manifiesta ante la aparición de diferentes tumores y son importantes durante el mecanismo de destrucción tumoral.⁴⁴ El estrés crónico en silencio actúa y modifica las funciones de los linfocitos T receptores para el ACTH, metencefalinas, endorfinas y otros péptidos cerebrales, lo cual posteriormente puede desencadenar la formación de células cancerosas.⁴⁵El estrés

⁴⁴ Bovbjerg D. Psychoneuroimmunology and cancer. En: JC Rowland, editor. Handbook of Psychooncology. New York, 1990:727-734. Citado en: Arbizu J. P. ed. al Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. ANALES Sis San Navarra 2000; 24 (Supl. 1): 173 – 178. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>. Fecha de acceso: 30-08-09.

⁴⁵ Flórez J. A. Estrés emocional y cáncer perfil psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama. Salud Mental. Atención Primaria. Rev. Salud Global.2004; 4 (1)

modifica la dinámica neuroendocrina, lo cual puede afectar el comportamiento inmunológico del organismo. Un entrenamiento en técnicas de relajación influiría de forma positiva en los parámetros inmunológicos, lo cual se manifestaría de la siguiente manera: pues el sistema inmunológico sería capaz de reconocer a las células neoplásicas y podría eliminarlas. Al encontrarse el cuerpo con un agotamiento debido al estrés el organismo manifiesta una incapacidad para poder luchar en contra de las células cancerosas.⁴⁶

2.7.1 Tipos de estrés.

Ante una situación estresante el cuerpo responderá de acuerdo a ello, sin embargo lo que resulta estresante para una persona, no lo será necesariamente para otra. El cuerpo se prepara para el estrés por medio del consciente y el subconsciente, se puede interpretar como un elemento que nos auxilia a alcanzar el éxito, es en ocasiones el motor para el logro de nuestras ambiciones.

El estrés como un factor de motivación para superar y vencer obstáculos, este nivel normal y deseable podría denominarse como eutrés. No obstante, el mantener niveles elevados de estrés llega a ser perjudicial; la diferencia entre eutrés y distrés, destaca la discrepancia entre una condición necesaria y normal contra otra que excede los límites.

Algunos autores diferencian el estrés físico y el estrés mental, esta diferencia depende del origen o causa del estrés, definiendo al primero como fatiga o cansancio físico y el segundo se encuentra relacionado con preocupaciones por alguna enfermedad, conflictos interpersonales, frustración y ansiedad.

Mientras que para otros como por ejemplo la APA (Asociación Americana de Psicología) definen tres tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico, los cuales cuentan con sus propias características, síntomas y enfoques de tratamiento.⁴⁷

El estrés agudo surge de las exigencias y presiones en ocasiones es fascinante y emocionante en dosis pequeñas, pero cuando es excesivo resulta agotador y puede derivar en distrés psicológico (SPD por sus siglas en inglés) manifestando síntomas estomacales, dolor de cabeza, entre otros.

Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL1-2004.pdf>. Fecha de acceso 12- 02-08.

⁴⁶ Arbizu J. P. ed. al Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. ANALES Sis San Navarra 2000; 24 (Supl. 1): 173 – 178.

Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>. Fecha de acceso: 30-08-09.

⁴⁷ Los distintos tipos de estrés. Centro de Apoyo de la APA. (Asociación Americana de Psicología) 2007. Disponible en: <http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/pdf.php?id=21>. Fecha de acceso 22- 03 – 09.

El estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante, ocurre a menudo en personas demasiado agitadas, que se encuentran apuradas, pero siempre llegan tarde, asumen demasiadas responsabilidades, tienen muchas tareas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas, tienen mal carácter, tienden a ser cortantes, son irritables e incluso llegan a ser hostiles, ansiosas y tensas; se describen como personas con mucha energía.

Sus relaciones interpersonales se deterioran con rapidez, su área de trabajo se convierte en un lugar demasiado estresante, pues se encuentran más deprimidos y ansiosos que enojados.

Los síntomas del estrés agudo episódico son: sobreagitación prolongada, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho que incluso puede desencadenar una enfermedad cardíaca. Los rasgos de la personalidad y el estilo de vida se encuentran íntimamente relacionados. Son personas que se resisten al cambio y no encuentran nada malo en la forma cómo llevan su vida, sin embargo, culpan a los demás y a hechos externos de sus desgracias, Este tipo de personas requieren ayuda profesional.

El estrés crónico surge cuando una persona no encuentra una salida a una situación deprimente abandonando la búsqueda de soluciones, cuando el estrés se presenta de una forma crónica es desgastante a largo plazo, destruye la mente, al cuerpo y la vida. Se ve reflejado en familias disfuncionales, un matrimonio infeliz, personas en extrema pobreza, una carrera o empleo no deseados. Este estrés proviene de experiencias traumáticas que afectan la personalidad y las personas se acostumbran a vivir con él.

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, las personas que llegan a desarrollar una crisis nerviosa en ocasiones fatal pues sobrepasa el umbral de resistencia del sujeto provocando las denominadas enfermedades de adaptación. Debido a que los recursos mentales y físicos son absorbidos por un desgaste a largo plazo, sus síntomas requieren de tratamiento médico y de conducta así como manejo y control del estrés; exige una adaptación permanente.

Existen autores que dividen a través de sólo dos brechas al estrés el denominado distrés y eustrés.⁴⁸

⁴⁸ Barrios M. F. Eustrés y Distrés. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/relajacion/leer.php?id_relajacion=3
Fecha de acceso 26-05-09.

☞ Distrés

El distrés proviene del prefijo griego dis-, que significa malo, puede ser definido como un estrés desagradable. Va acompañado de un desorden fisiológico, el sujeto se ve expuesto prolongadamente a las hormonas del estrés (**adrenalina y noradrenalina liberadas por el sistema nervioso simpático; y los glucocorticoides**); **las catecolaminas producen** una aceleración de las funciones y éstas actúan alejadas del punto de equilibrio, hiperactividad, acortamiento muscular, en suma: envejecimiento prematuro, son los efectos secundarios del estrés negativo. Incluso un exceso de estrés positivo puede ser causa de distrés.

☞ Eustrés

Es el estrés positivo, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello, el eustrés permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es agradable.

El eustrés es, asimismo, un estado de conciencia, en el cual cada pensamiento, emoción y sensación parecen organizarse para proporcionar un efecto general de alegría, satisfacción y energía vital. En realidad las técnicas de relajación nos orientan más hacia un estado de eustrés, el estado de eustrés es el objetivo de la relajación, la relajación es para la acción. Podemos comprender que el Eustrés no sólo incrementa la vitalidad, salud y energía, sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.

El estrés inicia como una actitud mental ante situaciones demandantes y repercuten en la fisiología del individuo. Son demasiadas las enfermedades psicosomáticas producidas por estrés o desencadenadas o agravadas por el mismo. Motivo por el cual a continuación abordaremos el tema de distrés en relación a pacientes con cáncer de mama.

2.8 Cáncer y patrones de conducta

Un patrón de conducta es el resultado de la observación de determinadas características psicológicas y conductuales en pacientes. Observaciones de Price en el año 1982 llevaron a definir a los patrones conductuales como las predisposiciones de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionadas en una sociedad determinada. Así, el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

Friedman y Rosenmann han propuesto tres tipos de personalidad: Tipo A, Tipo B, Tipo C.⁴⁹

“En la década de los 50, dos cardiólogos americanos Meyer Friedman y Ray Rosenmann comenzaron a publicar los primeros trabajos que hacían referencia a conductas y rasgos de la personalidad que predisponían al padecimiento de trastornos cardiovasculares. A partir de observaciones clínicas a sus pacientes afectados por cardiopatía isquémica, acuñaron el concepto de Patrón A y conducta Tipo B.”⁵⁰

Tipo A

Patrón de conducta "A": característico de personas que perciben su entorno como opuesto u opositor con sus objetivos y amenazadores de su autoestima. Son individuos tendientes a ejercer la dominación y a competir, se sienten impulsados a vivir en forma permanente bajo las pautas propias de un estado de lucha, lo que los lleva a actuar con manifiesta agresividad hacia los demás. Elabora estrategias conductuales de lucha por la obtención del control, está en permanente competencia. Mantiene su organismo en activación constante y prolongada, llevándolo a un estado de resistencia y tensión. Sin embargo, su conducta no llega a ser consumatoria.

La inhibición de la conducta constituye una forma de claudicación del organismo en un intento de adaptación al medio

Los trastornos de personalidad según el DSM-IV, más frecuentes en este tipo de sujetos son los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos.

Podemos mencionar entonces que los sujetos con Patrón de Conducta Tipo A con respuesta autonómica al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares. A su vez éstos tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y/o disminuido el colesterol HDL y acumulan, asimismo otros factores de riesgo como obesidad e hipertensión.

⁴⁹ Aparicio L., Mosquera M. Impacto del cáncer en la dualidad individuo familia: fenómeno del Big-Bang. Disponible en: <http://www.infosarcomas.com/descargas/libros/17.pdf>. Fecha de acceso: 18 - 03 - 09.

⁵⁰ Palmero F., Brevia A., Espinosa M. Efectos psicofisiológicos del estrés real y ficticio en sujetos Tipo A y Tipo B. Anales de Psicología. 1994, 10 (2):157-164. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29621/28681>. Fecha de acceso 22-08-09.

Tipo B

Los sujetos con Patrón de Conducta Tipo B son en general tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. El estado emocional es agradable por reducción de la activación o por activación placentera.

Los trastornos de personalidad listados en el DSM-IV, que aparecen con más frecuencia en este tipo de personalidad, son los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.

Morris y Greer emplearon el término de Tipo C para señalar a un patrón de conducta apto para desarrollar cáncer, definiéndolo como un estilo de comportamiento caracterizado por la supresión de emociones ante circunstancias estresantes.⁵¹

Tipo C

Este es un patrón totalmente contrapuesto al Tipo A y Tipo B.

El patrón de conducta Tipo C, son personas pasivas, suprimen sus emociones como la ansiedad, la ira y proyectan conductas consideradas positivas y deseables socialmente, así como una aceptación estoica de los problemas, generalmente utilizan la represión como mecanismo de afrontamiento y una marcada actitud de conformismo en todos los ámbitos de la vida; este tipo de personas desean complacer siempre a un tercero y buscar una armonía en las relaciones interpersonales evitando siempre ofender a otros, incluso en contra de sus propios derechos y necesidades con el fin de evitar conflictos y tienden a experimentar desesperanza y depresión.

Es muy probable la relación que existe entre personalidad y cáncer, por ello existen numerosas investigaciones encaminadas a determinar las características de personalidad que podrían tener relación entre el patrón de conducta y el padecer una neoplasia. Sin embargo, no se ha concluido el tema sólo se tienen aproximaciones. Algunos autores refieren al constructo Tipo C como una estrategia de afrontamiento ante una situación estresante de tipo crónico (el diagnóstico de una enfermedad), mientras que otros lo definen como una condición premórbida, la cual relacionan con el comportamiento y la vulnerabilidad al proceso oncológico.

⁵¹ Anarte Ma. T., López A. E., Ramírez C. Esteve R. Evaluación del patrón de conducta Tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*. 2001 Vol16 N2: 133-141. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16716203.pdf>. Fecha de acceso: 04 - 08 -09.

Se denota además la personalidad del paciente con cáncer citando lo siguiente: "Los pacientes oncológicos muestran reiteradamente comportamientos de represión emocional o inhibición de la expresión de emociones negativas, dependencia hacia las personas más significativas, evitación de situaciones riesgosas y excesiva cooperación".⁵²

2.8 Distrés en relación a pacientes con cáncer de mama.

Al enfrentarnos a una enfermedad como el cáncer, nos encontramos ante una enfermedad de extensas dimensiones psicológicas, emocionales y afectivas; El estrés se convierte en distrés y es frecuente en personas con enfermedades crónicas pues el individuo se ve expuesto a una situación prolongada de estrés y ésta continua favoreciéndose de múltiples factores estresante externos.

El distrés⁵³ hace reseña a un evento emocional, social y/o espiritual, se muestra debido a la impotencia e inseguridad de la paciente con cáncer frente a los cambios y pérdida de control de la situación, lo que afecta inevitablemente a la enferma y a quienes están cerca: su familia, amigos, cuidadores y profesionales que le asisten. La medición del distrés es la evaluación de los factores que se encuentran en el paciente y que le impiden hacer frente a la amenaza o desafío frente a los efectos de la enfermedad y poder brindarle alternativas para el manejo del distrés.

A pesar de la creciente atención para el control de los síntomas en pacientes con cáncer, en especial el dolor, la fatiga, náusea y vómito, no ha existido un esfuerzo similar para afrontar los problemas psicológicos, lo cual incluye al distrés que experimentan pacientes y familias, pues deben cambiar sus hábitos y estilos de vida y son ellos quienes deben de enfrentar su nueva situación con un reajuste psicológico de alto impacto para todos.

El distrés es una experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica, social y espiritual, que obstaculiza la habilidad de afrontar de forma adecuada el cáncer y sus tratamientos. El distrés engloba sentimientos normales y comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedo e incluso problemas que pueden

⁵² Torres A. Ma. Relación entre el patrón de conducta Tipo C y el Cáncer de Mama. Univ. Psychol. 2006 5 (3): 563 – 573. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N309_relacionpatronc.pdf . Fecha de acceso: 09 – 02 - 09.

⁵³ Rebolledo G. M. L., Alvarado A. Distrés y cáncer. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.2006; 39 (1): 52-58. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=96&IDARTICULO=14892&IDPUBLICACION=1526&NOMBRE=Revista%20Neurolog%C3%83%C2%ADa>. Fecha de acceso 9-06-08.

llegar a ser incapacitantes, como ansiedad, depresión, aislamiento social y crisis espirituales. Los niveles de distrés pueden llegar a ser altos y pueden contribuir a una anormalidad y requerir ayuda profesional.⁵⁴

Los estados emocionales pueden influir en la salud mediante efectos adversos en el organismo, un estado de ánimo negativo puede prolongar la búsqueda de una atención médica adecuada, acentuar la sintomatología de la enfermedad, así como, la evitación de un apoyo por parte de sus redes sociales. Si este estado de ánimo es intenso y prolongado convierte al individuo en una persona más vulnerable presentando depresión, lo induce a conductas no saludables como fumar o ingerir alcohol y puede afectar tanto que incluso puede darse el abandono al tratamiento o terminar en una tragedia mayor como el suicidio.

La detección temprana del distrés psicosocial por medio de herramientas simples como por ejemplo, el termómetro del distrés que es una escala en la cual la paciente indica su nivel de distrés en forma gráfica, es indispensable para contribuir en el bienestar de la mujer con cáncer de mama. El pesimismo y ánimo depresivo, se asocian con un mayor efecto al distrés sobre la enfermedad.

Durante años el cuidado psicosocial de los pacientes se ha separado del cuidado médico rutinario, pues los aspectos psicológicos pasan a segundo término lo cual da como resultado un estrés social y cada persona tiene un patrón diferente de respuesta ello significa que su estrés será diferente en el transcurso de su vida.

A partir de 1997, la Red Oncológica Nacional (National Comprehensive Cancer Network, NCCN), creó una comisión para examinar cómo integrar los cuidados psicosociales en la valoración de rutina. Posteriormente la comisión de la NCCN observó que el distress, entendido como sufrimiento era el mejor término genérico para representar las preocupaciones emocionales que presentan los pacientes con cáncer. El distrés (sufrimiento) varía en grados como por ejemplo: temores cotidianos como la preocupación y la tristeza, hasta que el problema se agudiza y provoca situaciones incapacitantes como la depresión, ansiedad generalizada, aislamiento e incluso crisis existenciales o espirituales. Las directrices de la NCCN proporcionan un algoritmo para identificar fácilmente a los pacientes con un grado de angustia elevado. Se emplea una escala visual análoga del 0 al 10. Un resultado de mayor a 4 (en

⁵⁴ Almenza M. J., Holland J.C. Espiritualidad y Detección de "Distress" en Psico-Oncología. Revista Oncología Clínica. Disponible en: http://www.aaoc.org.ar/revista/vol4_99/espiritualidad.htm. Consultado 15-12-08.

valoración inicial), llevará a la enfermera a realizar una valoración de segundo nivel para que se determine la causa de este distrés.⁵⁵

El distrés incluye sentimientos como tristeza, miedo, así como problemas más alarmantes como: depresión, ansiedad, aislamiento social y crisis espirituales, motivo por el cual se sugiere que se detecte y sea tratado tempranamente.⁵⁶

El distrés emocional es común en las pacientes, el compartir sentimientos e inquietudes puede ayudar a mitigar el estrés provocado por la enfermedad.⁵⁷

Los eventos estresantes pueden provocar alteraciones sobre la salud. Diversos estudios señalan que individuos estresados tienen un mayor riesgo de sufrir infecciones o modifican la severidad de su padecimiento o incluso puede dificultarse la cicatrización de una herida o modificar la respuesta a una vacuna y es en personas inmunosuprimidas donde mayormente se evidencia, pues tienden a padecer procesos oncológicos. El estrés psicológico puede alterar la función del sistema inmunológico de tal forma que se puede incrementar o desarrollar enfermedades neoplásicas, pues el sistema inmune mantiene un rol significativo en la regulación del crecimiento tumoral y la aparición de metástasis.⁵⁸ "Burnet postuló que el sistema inmunológico, no sólo se encarga de eliminar del organismo agentes infecciosos, sino que también realiza una vigilancia contra la aparición de células neoplásicas".⁵⁹

⁵⁵ Directrices de la NCCN para Tratar el Distress. Un planteamiento para que reconocer el sufrimiento relacionado con la enfermedad como sexto signo vital. Disponible en: <http://www.cancerworld.org/CancerWorld/getStaticModFile.aspx?id=1872>. Fecha de acceso 01-04-09

⁵⁶Almanza J.J. Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.1994-2001 núm. esp. 35-43.

⁵⁷ Amayra I., Etxeberria A., Valdoseda M. Manifestaciones Clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Gac Med Bilbao 2001; 98: 10-15. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.org/web/es/abstract.php?doi=010010ia>. Fecha de acceso: 26 - 11- 08.

⁵⁸ Sirera R., Sánchez P., Camps C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología.2006; 3 (1): 35 -48. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF>. Fecha de acceso: 01 - 10 - 09.

⁵⁹ Burnet F. Inmunological surveillance in neoplasia. Transplant Rev 1971; 7: 3-25. En: Sirera R., Sánchez P., Camps C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología.2006; 3 (1): 35 -48. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF>. Fecha de acceso: 01 - 10 - 09.

La reducción del estrés por medio de la ayuda social se ha asociado con una notable mejoría en el transcurso de padecer cáncer.⁵⁵

Se han encontrado tres tipos de trastornos psicológicos en pacientes con CaMa: El trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión. En el **trastorno de estrés postraumático** se encuentran entre sus principales causas el miedo y el pánico al diagnóstico, falta de control de la situación, la exposición a estímulos relacionados con el tratamiento, la incertidumbre y el temor a recidivas (síndrome de Damocles); la **ansiedad** dividida en: ansiedad reactiva vinculada a episodios de crisis; ansiedad relacionada con factores médicos, o síndrome orgánico ansioso, relacionada a síntomas neoplásicos y efectos farmacológicos; ansiedad preexistente son el pánico y fobias los más comunes. **Depresión** es una reacción frecuente afiliada a situaciones de pérdida, en general las mujeres con CaMa atraviesan por una etapa de depresión reactiva posterior al diagnóstico; y de prolongarse puede convertirse en una depresión mayor debido al estrés psicosocial provocado por la progresión de la enfermedad o la quimioterapia.⁵⁴

En un estudio⁶⁰ realizado a 40 pacientes diagnosticados de cáncer de mama, colon o pulmón no metastásico, con expectativas de vida mayores a un año y con trastorno depresivo (DSM IV) se compararon con 39 pacientes con iguales diagnósticos, pero que no hubiesen presentado ningún episodio depresivo y cuyo objetivo era analizar la relación entre dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes con cáncer.

Los resultados obtenidos evidenciaron que los pacientes deprimidos con frecuencia tienden a manifestar afrontamiento caracterizado por la evitación ansiosa, fatalismo y desamparo, así como, un menor espíritu de lucha, en comparación al grupo control, pues cuando más es la puntuación en la dimensión de personalidad de evitación del daño menor es el espíritu de lucha y mayor la indefensión-desesperanza. Ello quiere decir que la evitación de daño se correlacione con la marcha de mecanismos pasivos de afrontamiento; mientras que para los pacientes no depresivos, el espíritu de lucha es el tipo de afrontamiento más significativo, tener una determinación de lucha y una actitud positiva, se relaciona con una personalidad poco ansiosa, mientras que el fatalismo y la desesperanza son actitudes señaladas por la literatura como factores de riesgo en la predisposición a sufrir un trastorno depresivo.

Existe una marcada prevalencia entre la población oncológica y los trastornos depresivos; a estos últimos se les ha asociado factores como: la edad, el sexo, la personalidad, el nivel socioeconómico, el tipo de cáncer, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el control del dolor y la evolución del proceso

⁶⁰ Rodríguez B., Bayón C., Orgaz P., Torres G., Mora F., Castelo B. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2007; 4 (1): 7-19.

oncológico entre otros. Motivo por el cual se debe de tener un cuidado especial pues; los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de cometer inmolación. El suicidio de los pacientes se relaciona con cánceres que provocan desfiguración o alteración funcional, la presencia de trastornos mentales, en particular depresión mayor; la vulnerabilidad al suicidio se debe a factores como la enfermedad en estadios avanzados, dolor intolerable, síntomas de depresión y sentimientos de desesperanza.⁶¹

La ansiedad resulta ser la forma más común de distrés psicológico en pacientes con cáncer. Esta puede ser: a) situacional procedimientos invasivos, problema médico o tumores secretores de hormonas; b) secundaria al tratamiento y c) exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente el manejo de la ansiedad puede darse mediante la información precisa sobre el tema, intervención en momentos de crisis o manejo farmacológico.⁵³

Estudios relacionados a síntomas depresivos y ansiedad sugieren que la percepción de control reduce significativamente estos síntomas en sujetos con enfermedades crónicas.

La aparición de cáncer conlleva a un sufrimiento emocional durante el diagnóstico y tratamiento; desgraciadamente debido al poco tiempo disponible por los médicos y la sobrecarga de trabajo a las enfermeras no hacen posible una valoración de los síntomas emocionales del paciente.

Por el contrario, existen nuevas herramientas prácticas y sencillas para poder evaluar el distrés en pacientes como lo es el Termómetro del Distrés que fue creado por los doctores Holland, Roth y Cols. en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York.⁶² "El Termómetro del Distrés es una escala análoga visual del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro".⁶³

En un estudio realizado a 100 pacientes con VIH+ del Hospital Universitario La Paz se investigó la relación entre percepción de control y distrés emocional, los resultados indicaron que aquellos pacientes con

⁶¹ Martínez B. Suicidio en pacientes con cáncer. *Psiquiatría Pública* 1998; 10 (4) 246 – 248. Disponible en: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/resena1.pdf>. Fecha de acceso 17 – 09 - 08.

⁶² Roth AJ., Kornblith AB., Batel-Copel L. et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82:1904-8. En Almanza M. J. J., Juárez I. R., Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit* 2008; 62(5): 209-217. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>. Fecha de acceso 15-02-09

⁶³ Almanza M. J. J., Juárez I. R., Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit* 2008; 62(5): 209-217. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>. Fecha de acceso 15-02-09

mayor percepción de control presentan menores niveles de distrés emocional. Por otro lado, de acuerdo al estadio de la enfermedad en la que los sujetos se encuentren, modifica en nivel de distrés, "el sentimiento de percepción de control sobre lo que es posible controlar, asegura el bienestar." ⁶⁴

En otro estudio realizado a 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH+ de distintos origen cultural (español y peruano); el estudio exploró la relación de tres estilos de afrontamiento (activo-conductual, activo- cognitivo y por evitación), ocho estrategias de afrontamiento específicas (crecimiento personal, expresión activa/búsqueda de información, confianza activa en otros, implicación activa positiva, distracción rumiación/ pasivo cognitivo, resignación pasiva, evitación/comportamientos pasivos) empleados por pacientes en diferentes etapas de la infección por VIH+ para hacer frente a su estado de enfermos crónicos, así como el apoyo social que perciben de su entorno afectivo y sanitario, con el distrés.

Los resultados manifestaron asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los pacientes, la relación entre el afrontamiento y el apoyo social percibido con el distrés emocional, indicaron que el afrontamiento por evitación no protege a los pacientes de VIH+ del distrés emocional ni del malestar psicológico y presentan mayor nivel de depresión y ansiedad; los sujetos que se han lidiado con su enfermedad de forma activa y positiva, presentan un funcionamiento con menor costo emocional y una mayor adaptación.

Un afrontamiento activo, centrado en la solución de problemas, con actitudes de autocuidado, en búsqueda de información y apoyo social, junto a personas que estén dispuestas a brindar escucha y afecto (apoyo afectivo) son identificados como factores protectores en contra del distrés emocional; por el contrario estrategias de evitación, actitud pasiva frente a la enfermedad, desesperanza y falta de apoyo afectivo son predictores del distrés emocional.⁶⁵

La prevalencia de Distrés en pacientes mexicanos con cáncer del Hospital Central Militar es de 61.8% lo cual constituye un punto de partida en la exploración del impacto emocional del cáncer en la vida de los

⁶⁴ Remor E., Ulla S., Arranz P., Carrobles J. A. ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas con VIH+? *Psiquis* 2001; 22 (3): 111-116. Disponible en: <http://www.uam.es/otros/PSPDLab/PDF/2001%20Percepcion%20de%20control%20s%20distress%20VIH.pdf>
Fecha de acceso 28-03-09

⁶⁵ Carrobles J. A., Remor E., Rodríguez L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 2003; 15 (3):420-426. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>
Fecha de acceso 23-03-09.

pacientes; la medición del estrés en el país es relativamente nueva y evidencia la necesidad de atención en nuestra comunidad y al mismo tiempo una apertura para abordar el sufrimiento emocional.

“La capacidad de afrontamiento permite manejar el estrés, mantener la dignidad personal y las relaciones significativas, así como recuperar e incrementar la función física.” Por el contrario, si experimentan elevados niveles de estrés emocional y sufrimiento psicológico reducen su calidad de vida por el ejercicio de actividades laborales por secuelas físicas.⁶⁶

Es importante destacar la importancia que juega el personal de enfermería en el manejo de pacientes con cáncer de mama y poder brindarle un apoyo psicológico a las mujeres de cáncer de mama por medio del cuidado holístico, pues el personal de enfermería es quien tiene el primer contacto con la mujer desde la hospitalización y mantiene con la paciente una estrecha relación. Es necesario también destacar que se debe de integrar al cuidado de la mujer otras disciplinas en aras del mejoramiento en la atención de la paciente y su calidad de vida.

La enfermera debe tener papeles importantes como el asistencial, educacional, administrativo e investigación, pues es el profesional de salud que más aporta a los requerimientos de la salud de la mujer con CaMa.

La revisión de la literatura evidenció la trascendencia del apoyo familiar para que las mujeres con CaMa afronten en mejores condiciones la enfermedad, así como la importancia de considerar el estrés en el cuidado enfermero. Sin embargo, en nuestro país existe poca evidencia de cómo las mujeres mexicanas perciben el papel del apoyo familiar en esta experiencia, por lo que es pertinente plantear la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar percibido y el estrés en mujeres con cáncer de mama?

⁶⁶ Vaccaro Y., Ramírez H. M.M. Trastornos de la adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. Hospital Universitario Ruiz y Paez. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2005; 51 (105): 5-12. Disponible en: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol51n105/articulo1n105.pdf>. Fecha de acceso: 19-04-09.

3. Material y Métodos.

3.1 Tipo de Diseño.

- ☞ Observacional, Prolectivo, Transversal y Descriptivo.

3.2 Objetivos

Objetivo general

- ☞ Explorar la relación que existe entre el apoyo familiar percibido y el distrés en mujeres con cáncer de mama.

Objetivos específicos

- ☞ Identificar la relación que existe entre el apoyo familiar percibido por la mujer con CaMa con algunas variables sociodemográficas.
- ☞ Identificar el nivel de distrés de las mujeres y su relación con variables sociodemográficas del grupo de mujeres.

3.3 Población y Muestra.

Esta investigación se llevó a cabo dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), contando con previa autorización para poder trabajar con pacientes de CaMa.

En el marco del Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas surge el macro proyecto Nuevas Estrategias Epidemiológica, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, una de las líneas de investigación es el cáncer de mama, trabajada de manera conjunta por diversas instituciones entre éstas la Facultad de Medicina, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, inserta en esta línea está el proyecto **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama con clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3** con sede en el INCan debido a que este atiende a una gran población de mujeres con cáncer de mama, brindando así la oportunidad para las pacientes e investigadores de realizar este trabajo de investigación.

La participación dentro de esta investigación fue como becaria y como una retribución al Macroproyecto es la de realizar una tesis sobre alguno de los tópicos de la investigación. Debido a que las tasas de sobrevivida de mujeres de cáncer de mama han aumentado en los últimos años, es importante conocer los niveles de distrés a los que se encuentran sujetas las mujeres con dicha patología pudiendo determinar el papel de AF y la perspectiva que tiene la mujer de su familia y proporcionar información para futuros estudios en beneficio de la calidad de vida de las pacientes.

3.3.1 Criterios de inclusión.

Se tomaron en cuenta mujeres que acuden al servicio de consulta externa de la clínica de Tumores de mama con un máximo de un año de haber sido diagnosticadas; con la condición de que se encuentren en tratamiento dentro del instituto; que hayan sido diagnosticadas en el año 2007 y 2008 que hablen español, sepan leer y escribir, vivan en el Distrito Federal y área metropolitana.

La muestra fue seleccionada por medio de la base de datos del INCan, llamada IncaNet que cuenta con el expediente clínico de cada paciente y por medio de una clave se puede tener acceso a esta base; se seleccionaron las pacientes que acudían al servicio de tumores de mama y que cubrían los criterios de inclusión. Posteriormente estas pacientes fueron abordadas en el servicio para hacerles la invitación a que formaran parte del proyecto explicándoles el motivo de nuestro llamado y la importancia de proporcionar la información, así como el objetivo de ésta investigación, una vez que éstas aceptaban se les daba una carta de consentimiento informado, el cual leyeron y firmaron accediendo a formar parte de este estudio.

Las mujeres que reunían los criterios de inclusión y que confirmaban su autorización por medio del consentimiento informado se les aplicó el instrumento de valoración.

3.3.2 Criterios de exclusión.

Todas las pacientes que tengan más de un año de ser diagnosticadas y con otro tipo de neoplasia de residencia fuera del Distrito Federal y Área Metropolitana. **3.3.3 Muestra.**

La población de estudio fueron todas las mujeres con CaMa diagnosticadas en el año 2007-2008 que estuvieran en tratamiento, se formó una base de datos con un total de 210 mujeres, que fueron distribuidas aleatoriamente, de las cuales sólo 56 pacientes accedieron participar en el estudio.

3.3.3 Muestra.

Aleatoria- Probabilística

Se formó una base de datos la cual contaba con un total de 210 mujeres, la población fue aleatorizada. La muestra en total se encuentra conformada por 56 pacientes, las cuales en condiciones homogéneas se les aplicó el instrumento de valoración.

3.4 Variables de Estudio.

Apoyo Familiar

Es definido como las diversas acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer con cáncer de mama la expresión de sus preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona que la enfermedad; el fomento de actividades de cuidado a la salud que favorezcan la independencia y los sentimientos de autocontrol y el fomento de la adaptación y recuperación de la mujer en un entorno terapéutico²⁹

Distrés

“Experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer sus síntomas físicos y/o su tratamiento.”⁶⁰

- ☞ Edad de la paciente.
- ☞ Estado Civil.
- ☞ Nivel de Escolaridad.
- ☞ Ocupación.
- ☞ Actualmente tiene pareja
- ☞ Actualmente vive con su pareja
- ☞ Tratamientos recibidos.
- ☞ Antecedentes de cáncer.
- ☞ Tiempo de haber sido diagnosticada.

3.5 Hipótesis

Con base en la evidencia científica se espera encontrar relación entre el AF percibido por la mujer y su nivel de distrés

Se espera que las mujeres que perciben mayor apoyo familiar presenten menor nivel de distrés.

3.6 Procedimientos

3.6.1 Para la recolección de los datos

El instrumento fue llenado en un tiempo de 30 a 45 minutos dependiendo de las condiciones en las que la paciente se encuentre.

El encuestador tenía la responsabilidad de verificar que todos los datos fueran llenados correctamente de igual forma si en uno de los momentos la información no era clara se daban las pertinentes instrucciones e

incluso debido a que el uso de algunos fármacos debilitan la vista el encuestador administraba el cuestionario.

3.6.2 Para el análisis de datos

El análisis de los datos se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial, por medio del paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for Social Sciences) SPSS versión 15, se realizaron medidas de frecuencia y correlaciones de Pearson, para comparación de grupos se realizaron t de Student y Anova.

3.7 Instrumento de Medición

El instrumento de AF es producto del trabajo del proyecto de investigación **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama con clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3**, en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta donde 5 es siempre y 1 nunca, con 32 ítems, está constituido por 3 dimensiones, fue aplicado en una prueba piloto con un alfa de Cronbach de .93 para el total de la escala

3.7.1 Descripción del Instrumento

El instrumento se encuentra constituido de la siguiente forma:

Apoyo familiar

1ª Dimensión cuenta con 12 Ítems

Definición: Diversas acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer con cáncer de mama la

Expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos

1. ¿Muestra interés en escuchar sus sentimientos, preocupaciones o necesidades?
2. ¿Le ha mostrado mayor unión o convivencia?
3. ¿Le ha manifestado fastidio o cansancio?
4. ¿La sobreprotege?
5. ¿Le ha manifestado falta de apoyo?
6. ¿Le ha brindado apoyo en momentos difíciles?
7. ¿Ha mostrado interés en saber más sobre su enfermedad?
8. ¿Mantiene con Ud. una comunicación clara y abierta?
9. ¿Le anima en participar en algún grupo de apoyo?
10. ¿La escucha cuando usted tiene necesidad de hablar?

11. ¿Respetan su decisión cuando usted no desea hablar?
12. ¿Le expresan su amor? (palabras, abrazos, besos y caricias)

2ª Dimensión cuenta con 13 ítems

Definición: Diversas acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer con cáncer de mama el **fomento de actividades de autocuidado que favorezcan la independencia y los sentimientos de autocontrol**

1. ¿Le acompaña a realizarse los estudios correspondientes?
2. ¿Le acompaña a sus visitas con el especialista?
3. ¿Le acompaña a las sesiones de tratamiento?
4. ¿Le ayuda a cumplir con la dieta que se le recomienda?
5. ¿Le ayuda a cumplir con los ejercicios que el especialista le recomienda?
6. ¿Le recuerda tomar sus medicamentos?
7. ¿Le recuerda las citas programadas para el tratamiento?
8. ¿Le ayuda con las labores domésticas?
9. ¿Le ayuda económicamente?
10. ¿Le ayuda en sus curaciones?
11. ¿Le ayuda a realizar actividades que para usted eran cotidianas?
12. ¿Le ayuda a su cuidado personal (baño, vestido)?
13. ¿Le ayuda a aliviar los síntomas?

3ª Dimensión cuenta con 7 ítems

Definición: Diversas acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer con cáncer de mama fomento de **adaptación y recuperación de la mujer en un entorno terapéutico**

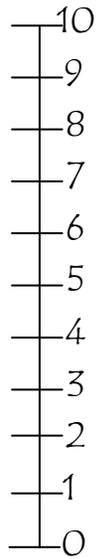
1. ¿Le ayuda a concentrarse en experiencias positivas?
2. ¿Respetan su decisión en cuanto al número de visitas que usted quiere recibir?
3. ¿Alguien le expresó que estaría siempre cerca de Usted si necesitara ayuda?
4. ¿Le ayuda a hablar de diversos temas además de la enfermedad?
5. ¿Ha mostrado interés en su recuperación?
6. ¿Se reúnen como familia para hacer actividades divertidas? (ver películas, jugar juegos de mesa)
7. ¿Le dan la confianza de expresarse con libertad?

3.8 Escala del termómetro del distrés

Es una escala en la cual la paciente indica su nivel de distrés en forma gráfica, es indispensable para contribuir en el bienestar de la mujer con cáncer de mama.

Marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánto estrés ha experimentado durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Para la utilización del Termómetro del distrés se debe contar con una autorización previa de National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Mayor estrés



Menor estrés

3.8 Recursos y apoyos logísticos.

Gracias a una buena comunicación con las autoridades del servicio no se presentaron percances con las pacientes, por el contrario se contaron con todas las facilidades así como todas las atenciones del personal para con las pacientes e investigadores.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra

Para el análisis de los datos se efectuó estadística descriptiva e inferencial, con relación a las variables sociodemográficas de la población de estudio se encontró que el 62% de la población son del DF, el resto del Estado de México y área Metropolitana, el promedio de edad es de 48 ± 11 , al agruparlas por rangos de edad el porcentaje más alto corresponde al grupo de 40 a 49 años con un porcentaje de 41%, respecto al estado civil el 41.1% de las mujeres son casadas, el 25% sin pareja. Sin embargo, para distinguir si cuentan con el apoyo de una pareja se hicieron 2 preguntas más; si tienen pareja a la cual el 48.2% refiere no tener y al preguntar si vive con su pareja un 55.4% reporta que sí; lo que es contradictorio.

En nivel escolar el 55% de las mujeres tienen un nivel básico de educación, llama la atención que el 19.6% tienen licenciatura, en la variable ocupación las mujeres que actualmente se insertan en la vida laboral son el 71.4%; pero en su minoría ambas actividades las toma en cuenta 7.1%. **Tabla 1**

Para evaluar IMC se les pidió peso y talla, solo 30.4% tiene peso normal, el 60.8% presenta sobrepeso u obesidad. Al preguntar si se tenían antecedentes de cáncer se observó que el 71.4% de las pacientes no tienen antecedentes, sólo el 28.6% refiere en familiares de primer grado, al preguntar si padece alguna otra enfermedad el 32% refiere que sí.

Con relación a la comunicación del diagnóstico por parte del personal de salud, el 66% de las pacientes menciona que sí se le informó el tipo de cáncer que padece, el 71.4% de ellas manifestó que comprendió el lenguaje utilizado. Sin embargo, es importante destacar que casi 3 de cada 10 mujeres no comprendió la información que se le proporcionó al respecto.

El 33.9% de las pacientes tiene menos de 6 meses de diagnóstico, de 6 a 10 meses el 39.3%; de 11 a 15 meses el 17.9%; de 16 a 20 meses el 7.1%. Como se puede observar el mayor porcentaje de las mujeres tienen menos de un año de ser diagnosticadas.

La pacientes se encontraban recibiendo los siguientes tratamientos el 42.9% recibió quimioterapia, el 7.1% tiene cirugía, 2 pacientes sólo han recibido radioterapia (3.6%), el resto ha recibido diferentes esquemas de tratamiento en el que se incluyen tratamiento hormonal, terapia monoclonal y en algunos casos por decisión de la mujer terapias alternativas.

Dado que el AF y Distrés son las variables centrales de este estudio se realizaron varios tipos de análisis estadísticos con el objetivo de observar y describir el comportamiento de estas variables.

4.2 Apoyo Familiar

La variable apoyo familiar se evaluó con un instrumento escala tipo Likert de 32 ítems con tres dimensiones: la dimensión 1 Expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos con 12 ítems tuvo una alfa de Cronbach de .72, en la dimensión 2 Fomento de actividades de autocuidado que favorezcan la independencia y los sentimientos de autocontrol con 13 ítems obtuvo un alfa de Cronbach de .91, en la dimensión 3 Fomento de adaptación y recuperación de la mujer en un entorno terapéutico con 7 ítems reportó un alfa de Cronbach de .69. La fiabilidad de todo el instrumento fue un alfa de Cronbach .92, lo que indica que es un instrumento confiable.

Al cruzar la variable apoyo familiar con las características sociodemográficas de las mujeres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en éstas: edad, escolaridad y ocupación. Sin embargo, con relación al estado civil se encontró que las mujeres casadas perciben un mayor apoyo familiar (media 4.2) que las mujeres divorciadas (media 2.9), dado que la probabilidad obtenida de F fue de .009 que es menor a .05 ($F = 3.184$, $g_{inter} = 5$, $g_{intra} = 50$), se rechazó la hipótesis nula. **Tabla 2**

Las mujeres perciben el mismo nivel de apoyo independientemente del tiempo que ha pasado desde su diagnóstico (media 4.02). De igual manera se sienten apoyadas viviendo (media 4.1) o no con su pareja (media 3.8).

Al preguntarle el tipo de apoyo que ha recibido de su familia, durante el proceso de tratamiento de su enfermedad la mujer reporta lo siguiente: Apoyo Físico 57.1%, Apoyo Emocional 58.9%, Apoyo Económico 51.8%, Apoyo Moral 75%, Apoyo espiritual 57.1%. Cabe señalar que las pacientes refieren más de un tipo de apoyo.

El "Apoyo Social es definido como un conjunto de relaciones que le proporcionan al sujeto asistencia técnica y tangible, el Apoyo Emocional es el sentimiento de estar cuidado".⁶⁷

A las mujeres se les preguntó que si formaban parte de algún grupo de apoyo, el 78.6% no cuenta con ninguna red social de soporte, solo una minoría del 21.4% si cuentan con este recurso.

Las mujeres identifican al esposo como su principal fuente de apoyo con un 34%, posteriormente con un 28.6% a los hijos y con un 12.6% tanto a las mamás y hermanas respectivamente, el 11.8% identifica a

⁶⁷ Lemos, S., Fernández, J. Redes de soporte social y salud. *Psicothema*. 1990, 2(2):113-135.

otros (amigas, vecinas, sobrinos) como fuentes de apoyo. Sin embargo, al preguntarle a la mujer quién es su principal cuidador, los hijos ocupan el primer lugar con un 32.2%, en segundo lugar el esposo con un 28.6%, contrario a la respuesta de su principal fuente de apoyo donde el esposo es el principal, las hermanas con un 14.3%, madres 14.4% y otros con un 5.4%. Llama la atención que el 3.6% expresó no tener cuidador.

También se evaluó la percepción de la mujer sobre los aspectos que se han visto mayormente afectados al interior de su familia a partir de la enfermedad; el económico 28.6%, el moral con un 32.1%, el emocional y físico un 26.8%, y el aspecto menormente afectado fue el espiritual con un 14.3%.

El diagnóstico de cáncer de mama no ha sido para las mujeres un evento desastroso, ellas identifican que a partir de éste han identificado crecimiento en diversas esferas de su vida, en el área emocional y espiritual un 46.4%, en lo social 14.3%, familiar un 58.9%, lo personal un 48.2%, y en lo moral un 35.7%.

4.3 Distrés

En el presente estudio se usó la escala llamada Termómetro del Distrés que fue validada en una muestra mexicana de pacientes con cáncer⁶⁷ la cual se cruzó con otras variables sociodemográficas para cubrir los objetivos de la presente investigación.

En este estudio 61% de las pacientes tienen un distrés mayor de 4 con una media de 4.7, es decir que 6 de cada 10 mujeres tienen estrés negativo; si se considera que la escala tiene como punto de corte el 4, estas mujeres tienen que ser intervenidas por un especialista en salud mental.

En la **Tabla 3** se puede observar que las mujeres de 30 a 49 años presentan mayor nivel de distrés que las que tienen más de 60 años; esto quiere decir que el nivel de distrés es diferente de acuerdo a la edad de la paciente.

Se realizó prueba de anova para comparar las variables sociodemográficas y el distrés y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables estado civil (soltera media 5.6, casada media X 4.7, divorciada 3.6, viuda 3.7, separada 3.8, unión libre 4.2), ocupación y nivel de escolaridad.

Para evaluar la asociación de apoyo familiar y distrés se realizó una prueba de Pearson en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de distrés (media 4.71) y apoyo

familiar percibido (4.02), $p.>.27$; esto quiere decir que las mujeres reciben el mismo apoyo independientemente del nivel de distrés que presentan. Sin embargo, el punto de corte del termómetro del distrés es de 4, a partir de esta cifra la paciente requiere intervención de un profesional en salud mental, por lo que habría que indagar más al respecto.

5. DISCUSIÓN

El CaMa es una epidemia global que en el país ocupa la primera causa de mortalidad en mujeres mayores de 25 años⁶⁸, que origina cambios tanto en la mujer como en su familia.

En este estudio se analizó la relación que existe entre el apoyo familiar percibido y el distrés que presentan las mujeres y se cruzó con otras variables de tipo sociodemográficas.

Las pacientes de este estudio en su mayoría tienen educación básica, aunque el porcentaje de mujeres con educación media y superior es significativo. Se ha demostrado que el nivel de escolaridad de la mujer influye en su afrontamiento a la enfermedad, por ejemplo, en una investigación se encontró que las mujeres con un nivel de estudio básico abandonan su tratamiento psicológico con mayor frecuencia en comparación con pacientes con un nivel educativo más alto que tuvieron mayor adherencia,⁶⁹ por lo que es una variable a considerar en las intervenciones de enfermería.

En contraste es importante mencionar que el nivel de escolaridad también es un factor predictor del CaMa debido a que se pospone la maternidad y tienen un menor número de hijos,¹³ es posible que este factor esté presente en el 20% de la población estudiada.

En un elevado porcentaje las mujeres no tenían antecedentes de cáncer heredofamiliares, lo cual va de acuerdo con otras bibliografías que mencionan que los antecedentes de cáncer de mama no son una predisposición certera a la enfermedad, sino que más bien el estilo de vida es lo que realmente desencadena los procesos neoplásicos.⁷⁰

⁶⁸ Programa de Acción Cáncer de mama 2001-2006. P.17

⁶⁹ Sánchez N., Torres A., Camprubí N., Vidal A., Salameo M. Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. Rev. Psicooncología.2005; 2 (1): 21-32.

⁷⁰ Gavira A. M., Vinaccia S., Riveros M.F., Quiceno J.M. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico.

Es innegable que el sobrepeso u obesidad son factores de riesgo del estilo de vida asociados a la presencia de CaMa⁷¹, aspecto que concuerda con este estudio donde se encontró que 6 de cada 10 pacientes presentan esta característica.

Por lo anterior, es fundamental que las enfermeras participen con el equipo de salud en la modificación del estilo de vida para disminuir los riesgos de presentar la enfermedad

El apoyo familiar es el principal recurso que utilizan las pacientes para afrontar la enfermedad, las mujeres casadas de este estudio perciben mayor apoyo que las mujeres divorciadas, además de que identifican a su pareja como la principal fuente de apoyo, esto concuerda con los resultados de un estudio donde se investigó la sobrevivencia en pacientes con cáncer en el que se encontró que la separación conyugal desfavorece la salud incluso peor que la viudez; por el contrario, el no haberse casado nunca, estar casado o vivir con la pareja tenían mejores resultados en su supervivencia por una década en contraste con los que se encontraban separados, los investigadores refieren que en cierta parte esto se debe a que el conyugue aporta apoyo emocional como físico durante el proceso de la enfermedad.⁷² Por lo anterior, es primordial prestar atención a las mujeres separadas que son más vulnerables a las consecuencias de la enfermedad.

Afortunadamente en la actualidad los hombres se han ido involucrando con sus parejas en el proceso de la enfermedad tanto en aspectos médicos como los tratamientos y psicológicos, la aceptación de cambios físicos y el apoyo en actividades en el hogar y cuidado de los hijos al contrario de lo que anteriormente sucedía, pues era la mujer quien enfrentaba sola los trastornos derivados de la enfermedad y por temor y falta de información se veía afectada la relación con su pareja. Por tal motivo, se sugiere que el personal de enfermería por la estrecha relación que tiene con la mujer se especialice en tópicos de la mujer con cáncer de mama tales como el manejo de la intimidad con la pareja, temas sobre su sexualidad y el sexo para brindarle herramientas en su relación con la pareja.

⁷¹ Romieu I., Lajous M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. Salud pública Méx [revista en la Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800007&lng=es. Fecha de acceso: 20-10-09.

⁷² Dr Tarango. La separación conyugal podría afectar la supervivencia del cáncer. HealthDay News. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_88576.html Fecha de acceso: 18-10-09.

Las mujeres perciben el mismo nivel de apoyo independientemente del tiempo que ha pasado desde su diagnóstico (media 4.02). En términos generales se puede decir que las mujeres estudiadas perciben buen apoyo familiar esto se debe posiblemente a que están cursando el primer año de diagnóstico que es cuando se ha evidenciado que las mujeres reciben más apoyo, pero con el transcurso del tiempo los familiares se van cansando disminuyendo el apoyo útil definido en otros artículos,³⁵ por lo que es fundamental que la enfermera diseñe estrategias de fomento del apoyo familiar.

A las mujeres se les preguntó que si formaban parte de algún grupo de apoyo, el 78.6% no cuenta con ninguna red social de soporte, lo cual pone a las mujeres en una situación de vulnerabilidad; pues "las redes sociales tienen efectos directos sobre la salud mediante la interpretación con los demás, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente"⁷³.

El diagnóstico de cáncer de mama no ha sido para las mujeres un evento desastroso, ellas identifican que a partir de éste han identificado crecimiento en diversas esferas de su vida, en el área emocional y espiritual un 46.4%, en lo social 14.3%, familiar un 58.9%, lo personal un 48.2%, y en lo moral un 35.7%. Quizás ello se deba a que como lo refiere la literatura adoptan una categoría de estoicismo y por otra parte utilizan como recurso el enfrentamiento focalizado.¹⁸

En el presente estudio se observó que las mujeres de 30 a 49 años presentan mayor nivel de distrés que las que tienen más de 60 años; esto quiere decir que el nivel de distrés es diferente de acuerdo a la edad de la paciente; esto concuerda con otro estudio donde se demostró que las mujeres jóvenes presentan niveles mayores de distrés psicológico, y que la edad inferior a los 50 años es identificada como factor de riesgo psicológico.⁷⁴

⁷³ Báñez M., Blasco Tomás., Fernández J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología* 2003; 19 (2): 235-246. En: Vinaccia S., Quiceno J. M., Fernández H., Contreras F., Bedoya M., Tobón S., Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2005; 15 (002): 207-220. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115205.pdf> . Fecha de acceso: 13-05-09.

⁷⁴ Harrison J., Maguire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatric*. 1994; 165: 593-598. En: Cervera S., Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. (tesis doctoral). Universidad de Navarra. *Boletín de Psicología*; 2005; 85:7-29. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf>. Fecha de acceso: 20-12-08.

6. CONCLUSIONES

El CaMa afecta cada vez a más mujeres, durante todo el proceso de la enfermedad el estado físico, psicológico, espiritual y social está en constante adaptación, que se ve favorecida cuando la mujer cuenta con una red social de apoyo, donde la familia ocupa un lugar relevante, la enfermera puede formar una alianza con este grupo para contribuir en la sobrevivencia y calidad de vida de estas mujeres.

En el estudio se identificó que las mujeres sin pareja son más vulnerables, por lo que es importante identificar que otras personas se pueden constituir en una fuente de apoyo que la ayude a transitar esta experiencia.

Con relación al apoyo de la familia y el estrés que presentan las pacientes con CaMa durante el primer año de diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas en estas variables, lo que evidencia la multidimensionalidad del estrés que sufre la mujer con CaMa, por lo que es conveniente que en otros estudios se determinen otros factores como el estadio de la enfermedad, el tipo de personalidad, número de hijos, que contribuyen en la presencia y manejo del estrés de la mujer.

Como se demostró la edad es una variable que influye en la presencia del estrés, por lo que enfermería podría dar una atención focalizada en mujeres menores de 50 años para reducir sus niveles de estrés, fácilmente identificables con el termómetro del estrés, que permite hacer un tamizaje de estas mujeres proporcionar intervenciones breves con consejería y en caso necesario derivarlas con el personal de salud especializado, para lo cual la enfermera requiere de un entrenamiento.

La población de este estudio presentó un elevado porcentaje de estrés negativo, lo cual evidencia la necesidad de implementar estrategias de intervención en el manejo del estrés.

Probablemente los pocos hallazgos significativos desde la estadística, se deban a la muestra pequeña del estudio. Sin embargo, las características con las que cuenta esta población en particular la del Instituto Nacional de Cancerología; las mujeres en su mayoría se encuentran insertas a una vida laboral fuera de su casa por lo que no cuentan con el tiempo necesario para asistir a intervenciones educativas. Otro aspecto observable durante la investigación es que no cuentan con los suficientes recursos económicos para trasladarse diariamente a recibir una intervención; mientras que otras mujeres se ven limitadas en sus actividades debido a todas las secuelas de los tratamientos de igual forma aquellas que dependen de un familiar no siempre éste puede acompañarla.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Navas C., Villegas H., Hurtado R., Zapata E. Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer. Rev. venez. oncol.2007; 19 (1): 84-93. Disponible en:
http://www.scielo.orr.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO798-05822007000100012&lng=es&nrm=iso. Fecha de acceso: 09-01-09.
- ² Zabalegui, A.; Juando, C.; Izquierdo, M.ªD.; Gual, P.; González-Valentín, A.; Gallart, A.; Díaz, M.; Corrales, E.; Cabrera, E.; Bover A.; Sáenz de Ormijana, A.; Ramírez, A.; Pulpón, A.; López, L.; Jones, C.: Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: Una revisión sistemática. Gerokomos 2004; 15 (4): 13-22.
- ³ Ferrante D., Fitzpatrick C., Dobo MG., Kinfu Y. Estadísticas sanitarias mundiales 2008. Cáncer de Mama: Mortalidad y Cribado .Organización Mundial de la Salud 2008: 23-25
Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/PDF_ES_WHS08_Full.pdf. Fecha de acceso 17-04-09.
- ⁴ Iniciativa Mundial de Salud de Mama (Breast Health Global Initiative / BHGI). Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bhgi-about.htm>. Fecha de acceso 26-11-08.
- ⁵ Robles, S., Galanis E. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica [online]. 2002; 12(2): 141-143. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000800016&script=sci_arttext&lng=en.
Fecha de acceso: 25-01-09
- ⁶ Barrios E., Galan Y., Sancho-Garnier H., Sabini G., Musé I. Epidemiología en Guía de la UICC para América Latina de Prevención del cáncer: Estrategias basadas en evidencia.13-27
Disponible en: <http://web0.uicc.org/uicc/templates/uicc/pdf/eb-la/01.pdf>. Fecha de acceso: 16-08-09.
- ⁷ Franco M., Lazcano E., López L. Breast cancer mortality in Mexico. Ana ge-period-cohort analysis. Rev. Salud Pública Mex. 2009; 51 suppl 2: S157- S164.
- ⁸ Knaul F.M., Arreola H., Velázquez E., Dorantes J., Méndez O., Ávila L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Salud Pública Méx. 2009; 51 supl 2: S286- S295.

⁹ López C. L., Suárez L., Cáncer de mama. Análisis de los módulos de infertilidad, menopausia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.

¹⁰Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> Fecha de acceso: 25-07-09

¹¹ Palacio L. S., Lazcano E., Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Rev. Salud Pública Méx. 2009; 51 Supl 2: S208- S219.

¹² Lozano R., Gómez H., Lewis S., Torres L., López L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Rev. Salud Pública Méx. 2009; 51 Supl 2: S147- S156.

¹³ Restrepo H. E. Epidemiología y control del cancer de la mujer en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/DD/PUB/PC541-98-113.pdf> Fecha de acceso: 20-12-2008.

¹⁴ Kamangar F., Dores G. M., Anderson W. F. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. J Clin. Oncol. 2006; 24: 2137-50. En: Sanches Peres R., Dos Santos M. A. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: Respuesta emocional a la Enfermedad en mujeres de camadas populares. Rev. Latino-am. Enfermagem [online].2007, n. spe (15): 786-791. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_11.pdf Fecha de acceso: 27-02-09.

¹⁵ Torres G., Ángeles A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. Salud Pública Méx. 2009; 51 supl 2: S165 – S171.

¹⁶ Rojas G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 194 – 97. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/pdf/MED_17_4/IntervencionPsicologicap_194.pdf. Fecha de acceso: 27-11-08.

¹⁷ De Trill M. Psicooncología Médica.2003. Madrid, Ades. En: Rojas G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 194 – 97. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/pdf/MED_17_4/IntervencionPsicologicap_194.pdf. Fecha de acceso: 27-11-08.

- ¹⁸ Bañuelos Barrera P., Bañuelos Barrera Y., Esquivel Rodríguez M., Moreno Ávila V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 129-134. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F2FD3D1A-4594-4F67-970D-C5E76996E96F/0/RevEnf3032007.pdf>. Fecha de acceso: 27-12-08.
- ¹⁹ Carvalho Fernandes A., Mesquita Melo E., Almeida Araújo I., Figueiredo Carvalho Z. Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances de Enfermería*. 2005; 23 (2):28-35. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiii2_3.pdf Fecha de acceso: 05-02-09.
- ²⁰ Sanches R., Dos Santos M. A. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: Respuesta emocional a la Enfermedad en mujeres de camadas populares. *Rev. Latino-am. Enfermagem [online]*.2007; 15 (n. spe.): 786-791. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_11.pdf Fecha de acceso: 27-02-09.
- ²¹ Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *J. Psychosom Res* 1987; 31(3): 385-92 En: Sanches Peres R., Dos Santos M. A. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: Respuesta emocional a la Enfermedad en mujeres de camadas populares. *Rev. Latino-am. Enfermagem [online]*.2007; 15 (n. spe.): 786-791. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_11.pdf Fecha de acceso: 27-02-09.
- ²² Kim Y., Duhamel K. N., Valdimarsdottir H. B., Bovbjerg D. H. Psychological distress among healthy women with family histories of breast cancer: effects of recent life events. *Psycho-Oncology*. 2005; (14):555 – 563.
- ²³ Edwards B., Clarke V. The validity of the family relationships index as a screening tool for psychological risk in families of cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2005; (14): 546 – 554.
- ²⁴ Mallinger J.B., Griggs J.J., Shields C. G. Family communication and mental health after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2006. (15): 355 – 361.
- ²⁵ Anarte M. T., Esteve R., Ramírez C., López A. E., Amorós F. J. Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*. 2001, 3 (4): 636 – 642. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/491.pdf>. Fecha de acceso 12 – 08 – 09.

²⁶ Vinaccia S., Arango C., Cano E., Tobón S., Moreno E., López A. E. Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Univ. Psychol.* 2006; 5 (3). Disponible en:

http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1657-92672006000300012&script=sci_arttext. Fecha de acceso: 25 - 08- 09.

²⁷ Apoyo Familiar, arma contra el cáncer. Atención y cuidados aumentan supervivencia en pacientes más que terapias físicas y medicamentos. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/cultura/54591.html>. Fecha de acceso 22-11-08.

²⁸ Die Trill M. Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Rev. de Psicooncología.* Madrid. 0(1):39-48. Disponible en:

<http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%20%20%281%29/INFLUENCIA%20DE%20LA%20CULTURA%20EN%20LA%20EXPERIENCIA%20DEL%20CaNCER.pdf>. Fecha de acceso: 21-Mayo-2008

²⁹ Mesquita, E., Magalhães, R., Pereira, M.S., Carvalho, A.F., Influencia de la mastectomía en los roles de la mujer y la familia. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia.* 2005; (72): 9-14. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/72/articulos-cientificos/02.-INFLUENCIA.pdf>. Fecha de acceso: 21-05-08.

³⁰ Die Trill M. The patient from a different culture. En J Holland, editor. *Psycho-Oncology*, New York, Oxford University Press, 1998; 857-66.

³¹ Maly R., Umezawa Y., Leake B., Silliman R. Mental Health Outcomes in older women with breast cancer: Impac of perceived family Support and adjustment. *Psycho- Oncology.* 2005; (14): 535-545.

³² Marín R. F., Rodríguez M. M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud pública Méx.* 2001; 43 (4):336-339. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n4/5900.pdf>. Fecha de acceso: 12-06-08.

³³ Domínguez G. T. B., Espín A. A. M., Bayorre V. H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(5):418-22

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/mgi02501.pdf. Fecha de acceso: 2-02-09.

³⁴ Gómez L., Pérez M., Villa J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*. 2001; 9: 5-38. En: Vinaccia S., Quiceno J. M., Fernández H., Contreras F., Bedoya M., Tobón S., Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmonar. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2005; 15 (002): 207-220. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115205.pdf> . Fecha de acceso: 13-05-09.

³⁵ Balneaves LG., Bottorff J. L., Grewal S. K., Naidu P., Johnson J. L., Howard A. F. Family Support of Immigrant Punjabi Women With Breast Cancer. *Family & Community Health*. 2007 (30) 1: 16 – 28.

³⁶ De Lima M., Távora T., Magalhães R., Giménez M. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales: *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia*. 2006; 74:14-19. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/74/articulos-cientificos/3.pdf> Fecha de acceso: 23-09-08.

³⁷ Turner J. M., Bloor L. E., Whittemore A. S., West D., Spiegel D. Disengagement and Social Support Moderate Distress among Women with a Family History of Breast Cancer. *The Breast Journal*. 2006; 12 (1): 7- 15.

³⁸ Neeraj K. A., Finney Rutten L.J., Gustafson D.H., Moser R., Hawkins R. P. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho -Oncology*. 2007; (16): 474 – 486.

³⁹ Sánchez N., Andrés S., Peri J. M., De Pablo J., Salamero M. Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percibido y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna* 2002; 29(5):296-300. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_5/ps-29-5-003.pdf. Fecha de acceso 04-03-09.

⁴⁰ Mesquita Melo E., Magalhães da Silva R. M., De Almeida A. M., Carvalho Fernández, A. F., Mota Rego C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Rev. Enfermería Global* mayo 2007; 10.

Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228> Fecha de acceso 15-05-08.

⁴¹ Pérez S. E., Jiménez A., De Carlo G. Fortaleciendo el apoyo familiar. (1): 5-24

⁴² Monge F. S. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco.2006; 15 (1,2): 48-54. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf. Fecha de acceso: 23-03-09.

⁴³ Estrés y trabajo. Disponible en: http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm. Fecha de acceso 04-05-09.

⁴⁴ Bovbjerg D. Psychoneuroimmunology and cancer. En: JC Rowland, editor. Handbook of Psychooncology. New York, 1990:727-734. Citado en: Arbizu J. P. ed. al Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. ANALES Sis San Navarra 2000; 24 (Supl. 1): 173 – 178. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>. Fecha de acceso: 30-08-09.

⁴⁵ Flórez J. A. Estrés emocional y cáncer perfil psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama. Salud Mental. Atención Primaria. Rev. Salud Global.2004; 4 (1) Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL1-2004.pdf>. Fecha de acceso: 12-02-08.

⁴⁶ Arbizu J. P. ed. al Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. ANALES Sis San Navarra 2000; 24 (Supl. 1): 173 – 178. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>. Fecha de acceso: 30-08-09.

⁴⁷ Los distintos tipos de estrés. Centro de Apoyo de la APA. (Asociación Americana de Psicología) 2007. Disponible en: <http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/pdf.php?id=21>. Fecha de acceso 22- 03 – 09.

⁴⁸ Barrios M. F. Eustrés y Distrés. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/relajacion/leer.php?id_relajacion=3 Fecha de acceso 26-05-09.

⁴⁹ Aparicio L., Mosquera M. Impacto del cáncer en la dualidad individuo familia: fenómeno del Big-Bang. Disponible en: <http://www.infosarcomas.com/descargas/libros/17.pdf>. Fecha de acceso: 18– 03–09.

⁵⁰ Palmero F., Brea A., Espinosa M. Efectos psicofisiológicos del estrés real y ficticio en sujetos Tipo A y Tipo B. Anales de Psicología. 1994, 10 (2):157-164. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29621/28681>. Fecha de acceso 22-08-09.

⁵¹ Anarte Ma. T., López A. E., Ramírez C. Esteve R. Evaluación del patrón de conducta Tipo C en pacientes crónicos. Anales de Psicología. 2001 Vol16 N2: 133-141. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16716203.pdf>. Fecha de acceso: 04 – 08 -09.

⁵² Torres A. Ma. Relación entre el patrón de conducta Tipo C y el Cáncer de Mama. Univ. Psychol. 2006 5 (3): 563 – 573. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N309_relacionpatronc.pdf. Fecha de acceso: 09 – 02 - 09.

⁵³ Rebolledo G. M. L., Alvarado A. Distrés y cáncer. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39 (1): 52-58. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=96&IDARTICULO=14892&IDPUBLICACION=1526&NOMBRE=Revista%20Neurolog%C3%83%C2%ADa>. Fecha de acceso 9-06-08.

⁵⁴ Almenza M. J., Holland J.C. Espiritualidad y Detección de "Distress" en Psico-Oncología. Revista Oncología Clínica. Disponible en: http://www.aaoc.org.ar/revista/vol4_99/espiritualidad.htm. Fecha de acceso 15-12-08.

⁵⁵ Directrices de la NCCN para Tratar el Distress. Un planteamiento para que reconocer el sufrimiento relacionado con la enfermedad como sexto signo vital. Disponible en: <http://www.cancerworld.org/CancerWorld/getStaticModFile.aspx?id=1872>. Fecha de acceso 01-04-09

⁵⁶ Almanza J.J. Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 1994-2001 núm. esp. 35-43.

⁵⁷ Amayra I., Etxebarria A., Valdoseda M. Manifestaciones Clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Gac Med Bilbao 2001; 98: 10–15. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.org/web/es/abstract.php?doi=010010ia>. Fecha de acceso: 26 – 11- 08.

⁵⁸ Sirera R., Sánchez P., Camps C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología. 2006; 3 (1): 35 -48. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF>. Fecha de acceso: 01 - 10 – 09.

⁵⁹ Burnet F. Immunological surveillance in neoplasia. *Transplant Rev* 1971; 7: 3-25. En: Sirera R., Sánchez P., Camps C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. *Psicooncología*.2006; 3 (1): 35-48. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF>.

Fecha de acceso: 01 - 10 – 09.

⁶⁰ Rodríguez B., Bayón C., Orgaz P., Torres G., Mora F., Castelo B. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2007; 4 (1): 7-19.

⁶¹ Martínez B. Suicidio en pacientes con cáncer. *Psiquiatría Pública* 1998; 10 (4) 246 – 248. Disponible en: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/resena1.pdf>. Fecha de acceso 17-09-08.

⁶² Roth AJ., Kornblith AB., Batel-Copel L. et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82:1904-8. En Almanza M. J. J., Juárez I. R., Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit* 2008; 62(5): 209-217. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>. Fecha de acceso 15-02-09

⁶³ Almanza M. J. J., Juárez I. R., Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit* 2008; 62(5): 209-217. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>. Fecha de acceso 15-02-09

⁶⁴ Remor E., Ulla S., Arranz P., Carrobes J. A. ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas con VIH+? *Psiquis* 2001; 22 (3): 111-116. Disponible en: <http://www.uam.es/otros/PSPDLab/PDF/2001%20Percepcion%20de%20control%20s%20distress%20VIH.pdf>. Fecha de acceso 28-03-09.

⁶⁵ Carrobes J. A., Remor E., Rodríguez L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 2003; 15 (3):420-426. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>. Fecha de acceso 23-03-09.

⁶⁶ Vaccaro Y., Ramírez H. M.M. Trastornos de la adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Hospital Universitario Ruiz y Paez. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 2005; 51 (105): 5-12. Disponible en: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol51n105/articulo1n105.pdf>. Fecha de acceso: 19-04-09.

- ⁶⁷Lemos, S., Fernández, J. Redes de soporte social y salud. *Psicothema*. 1990, 2(2):113-135.
- ⁶⁸ Programa de Acción Cáncer de mama 2001-2006. P.17
- ⁶⁹ Sánchez N., Torres A., Camprubí N., Vidal A., Salamero M. Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Rev. Psicooncología*.2005; 2 (1): 21-32.
- ⁷⁰ Gavira A. M., Vinaccia S., Riveros M.F., Quiceno J.M. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico.
- ⁷¹ Romieu I., Lajous M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800007&lng=es. Fecha de acceso: 20-10-09.
- ⁷² Dr Tarango. La separación conyugal podría afectar la supervivencia del cáncer. *HealthDay News*. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_88576.html Fecha de acceso: 18-10-09.
- ⁷³ Báñez M., Blasco Tomás., Fernández J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología* 2003; 19 (2): 235-246. En: Vinaccia S., Quiceno J. M., Fernández H., Contreras F., Bedoya M., Tobón S., Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.2005; 15 (002): 207-220. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115205.pdf> . Fecha de acceso: 13-05-09.
- ⁷⁴ Harrison J., Maguire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatric*. 1994; 165: 593-598. En: Cervera S., Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. (tesis doctoral). Universidad de Navarra. *Boletín de Psicología*; 2005; 85:7-29. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf>. Fecha de acceso: 20-12-08.

ANEXOS

Anexos.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de un grupo de pacientes con cáncer de mama

Variables sociodemográficas		F	%
Lugar de Residencia	DF	35	62.5
	Estado de México	21	37.5
Edad	20 a 29	3	5.4
	30 a 39	7	12.5
	40 a 49	23	41.1
	50 a 59	15	26.8
	60 a más años	6	10.7
Estado Civil	Soltera	15	26.8
	Casada	23	41.1
	Divorciad	3	5.47
	Viuda	4	7.1
	Separada	7	12.5
	Unión libre	4	7.1
Escolaridad	Primaria	16	28.6
	Secundaria	9	16.1
	Bachillerato	8	14.3
	Licenciatura	11	19.6
	Carrera técnica	10	17.9
	Otra	2	3.6
Ocupación	Ama de casa	12	21.4
	Trabaja	40	71.4
	Ambas	4	7.1

NOTA: Los datos indican frecuencias y porcentajes totales; N=56

Tabla 2. Relación del apoyo familiar y la variable estado civil.

Estado Civil	Apoyo	Familiar	
	Media \bar{x}	S	p
Soltera	3.9	.63	.64
Casada	4.2	.48	.009
Divorciada	2.9	1.29	.009
Viuda	4.2	.20	.96
Separada	3.7	.62	.96
Unión Libre	4.1	.51	.99

N= 56 instrumento valores de 1 a 5

ANOVA con prueba *posthoc* de Tukey

El grupo que establece las diferencias son las casadas vs. divorciadas $p < 0.5$

Tabla 3. Relación del distrés y la variable grupos de edad.

Grupo de Edad	Distrés		
	Media \bar{x}	S	ρ
20 - 29	5.0	3.00	.91
30 - 39*	6.5	2.82	.023
40 - 49*	5.3	2.25	.047
50 - 59	3.8	3.39	.96
60 y más*	1.8	2.13	.023

N= 56 Instrumento de valores de 0 a 10

ANOVA con prueba *posthoc* de Tukey

*Grupo 30 - 39 vs 60 y más $p = 0.02$

*Grupo 40 - 49 vs 60 y más $p = 0.02$



Folio _____ Encuestador _____ Lugar de aplicación _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario forma parte de un estudio que se realiza con la Facultad de Medicina, la Escuela Nacional de Enfermería de Obstetricia de la UNAM y el Instituto Nacional de Cancerología, cuya intención es obtener mayor información con respecto a diferentes aspectos relacionados al cáncer de mama.

Para que este estudio resulte provechoso, es muy importante que responda todas las preguntas con mucha atención y la mayor sinceridad posible. La información que se brinde a través de este cuestionario, es completamente confidencial y de uso exclusivo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Lea con atención cada una de las indicaciones que se muestran al inicio de cada sección de preguntas y seleccione la respuesta según sea su situación.

En algunas secciones se requerirá que tan solo seleccione una opción de respuesta, pero en otras podrá seleccionar más de una opción, es por eso que le pedimos, lea con atención cada instrucción.

Si su respuesta no se encuentra en las diferentes opciones que se le presentamos o tiene alguna duda, por favor indíquelo al encuestador.

Marque con una X la respuesta a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué edad tiene? _____	2. Peso _____	3. Estatura _____
4. Estado civil	5. Escolaridad	6. Lugar de residencia
Soltera ()	Primaria ()	DF ()
Casada ()	Secundaria ()	Estado de México ()
Divorciada ()	Bachillerato ()	Otro ()
Viuda ()	Licenciatura ()	
Separada ()	Carrera técnica ()	
Unión libre ()	Ninguna ()	
Otro (especifique) ()		

7. Actualmente tiene pareja	8. ¿Vive con su pareja?	9. Ocupación
Sí () No ()	Sí () No ()	Trabaja ()
		Ama de casa ()
		y trabaja ()
10. ¿Alguno de sus familiares tuvo o tiene cáncer de mamá?		11. Tiempo en meses, de haber sido usted diagnosticada
Sí () (especifique quién) _____		_____
No ()		
12. ¿El personal de salud le informo el tipo de cáncer que tiene?	Sí ()	No ()
13. ¿El lenguaje que utilizaron fue comprensible para usted?	Sí ()	No ()
14. Escriba el diagnóstico que le dieron	_____	
15. ¿Padece otra enfermedad además del cáncer?	Sí ()	No ()

16. Señale el tipo de tratamiento que ha recibido desde el diagnóstico de cáncer de mama(puede marcar más de una opción)		
a) Quimioterapia	Sí ()	No ()
b) Cirugía	Sí ()	No ()
c) Radioterapia	Sí ()	No ()
d) Hormonoterapia	Sí ()	No ()
e) Terapia Monoclonal (Protocolo)	Sí ()	No ()
f) Tratamiento Alternativo (jugos, té, complementos alimenticios, etc.)	Sí ()	No ()

17. Señale el tipo de tratamiento que esta recibiendo actualmente (puede marcar más de una opción)		
a) Quimioterapia	Sí ()	No ()
b) Cirugía	Sí ()	No ()
c) Radioterapia	Sí ()	No ()
d) Hormonoterapia	Sí ()	No ()
e) Terapia Monoclonal (Protocolo)	Sí ()	No ()
f) Tratamiento Alternativo (jugos, té, complementos alimenticios, etc.)	Sí ()	No ()

Marque con una **X** la respuesta que mejor defina su situación.

18. Durante el diagnóstico y tratamiento hasta este momento de su enfermedad, su familia....	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	5	4	3	2	1
a) ¿Muestra interés en escuchar sus sentimientos, preocupaciones o necesidades?	()	()	()	()	()
b) ¿Le ha mostrado mayor unión o convivencia?	()	()	()	()	()
c) ¿Le ha manifestado fastidio o cansancio?	()	()	()	()	()
d) ¿La sobreprotege?	()	()	()	()	()
e) ¿Le ha manifestado falta de apoyo?	()	()	()	()	()
f) ¿Le ha brindado apoyo en momentos difíciles?	()	()	()	()	()
g) ¿Ha mostrado interés en saber más sobre su enfermedad?	()	()	()	()	()
h) ¿Mantiene con Ud. una comunicación clara y abierta?	()	()	()	()	()
i) ¿Participa en algún grupo de apoyo?	()	()	()	()	()
j) ¿La escucha cuando Ud. tiene necesidad de hablar?	()	()	()	()	()
k) ¿Respeto su decisión cuando Ud. no desea hablar?	()	()	()	()	()
l) ¿Le acompaña a realizarse los estudios correspondientes?	()	()	()	()	()
m) ¿Le acompaña a sus visitas con el especialista?	()	()	()	()	()
n) ¿Le acompaña a las sesiones de tratamiento?	()	()	()	()	()
ñ) ¿Le ayuda a cumplir con la dieta que se le recomienda?	()	()	()	()	()
o) ¿Le ayuda a cumplir con los ejercicios que el especialista le recomienda?	()	()	()	()	()
p) ¿Le recuerda tomar sus medicamentos?	()	()	()	()	()
q) ¿Le recuerda las citas programadas para el tratamiento?	()	()	()	()	()
r) ¿Le ayuda con las labores domésticas?	()	()	()	()	()
s) ¿Le ayuda económicamente?	()	()	()	()	()
t) ¿Le ayuda en sus curaciones?	()	()	()	()	()
u) ¿Le ayuda a realizar actividades que para usted eran cotidianas?	()	()	()	()	()
v) ¿Le ayuda a su cuidado personal (baño, vestido)?	()	()	()	()	()
w) ¿Le ayuda a aliviar los síntomas?	()	()	()	()	()
x) ¿Le ayuda a concentrarse en experiencias positivas?	()	()	()	()	()
y) ¿Respetan su decisión en cuanto al número de visitas que usted quiere recibir?	()	()	()	()	()
z) ¿Alguien le expreso que estaría siempre cerca de Usted si necesitara ayuda?	()	()	()	()	()
aa) ¿Le ayuda a hablar de diversos temas además de la	()	()	()	()	()

enfermedad?					
bb) ¿Ha mostrado interés en su recuperación?	()	()	()	()	()
cc) ¿Se reúnen como familia para hacer actividades divertidas? (ver películas, jugar juegos de mesa)	()	()	()	()	()
dd) ¿Le dan la confianza de expresarse con libertad?	()	()	()	()	()
ee) ¿Le expresan su amor? (palabras, abrazos, besos, y caricias)	()	()	()	()	()

Si tiene hijos pequeños (menores de 12 años)

dd) ¿Alguien ha realizado las actividades que usted hace para ellos cuando va al hospital para recibir consulta o tratamiento?	Siempre 5	Casi siempre 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
	()	()	()	()	()

19. El tipo de apoyo que ha recibido de su familia, durante el proceso de tratamiento de la enfermedad es... Puede marcar más de una opción	Siempre 5	Casi siempre 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
a. Apoyo físico	()	()	()	()	()
b. Apoyo emocional	()	()	()	()	()
c. Apoyo económico	()	()	()	()	()
d. Apoyo moral	()	()	()	()	()
e. Apoyo espiritual	()	()	()	()	()
f. Otro (especifique) _____	()	()	()	()	()

20. ¿Usted forma parte de algún grupo de apoyo?	Sí ()	No ()
---	--------	--------

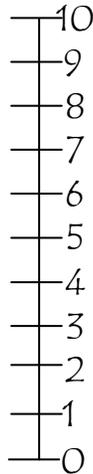
21. Anote 3 personas (parentesco) que usted identifique le han ofrecido más “apoyo” desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento actual. (En orden de importancia)
1. _____
2. _____
3. _____

22. Anote quien es su **principal cuidador** (parentesco) _____

23. Alguno de los siguientes aspectos que se han visto más afectados al interior de su familia por su enfermedad?	Nada	Poco	Regular	Mucho
a. Económico	()	()	()	()
b. Moral	()	()	()	()
c. Emocional	()	()	()	()
d. Físico	()	()	()	()
e. Espiritual / religioso	()	()	()	()
f. Otro (especifique) _____	()	()	()	()

24. Marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánto **estrés** ha experimentado **durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.**

Mayor estrés



Menor estrés

29. Desde el momento del diagnóstico de su enfermedad hasta este momento, ¿percibe un crecimiento o desarrollo en las siguientes áreas de su vida?

	Mucho 4	Regular 3	Poco 2	Nada 1
Emocional	()	()	()	()
Social	()	()	()	()
Espiritual	()	()	()	()
Familiar	()	()	()	()
Personal	()	()	()	()
Moral	()	()	()	()
Otro (especifique) _____	()	()	()	()

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

MUCHAS GRACIAS

DIRECTORIO

UNAM
Dr. José Narro Robles
Rector

Dr. Sergio M. Alcocer Martínez
Secretario General
Mtro. Juan José Pérez Castañeda
Secretario Administrativo
Dra. Rosaura Ruiz Gutiérrez
Secretaría de Desarrollo Institucional
Dra. Rosalinda Guevara Guzmán
Coordinadora del Macroproyecto

ENEO

Lic. Severino Rubio Domínguez
Director
Mtra. Ma. Dolores Zarza Arismendi
Secretaria General
Mtra. Gabriela Garza Infante
Secretaría Administrativa
Mtra. Rosa A. Zárate Grajales
Jefa de la División de Estudios de Posgrado

MACROPROYECTO

**Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en
Salud Pública**

CÁNCER DE MAMA
UNAMSDEI.PTID.05.3

**SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE ENVIARLA A:
cuidados_enfermeria@yahoo.com.mx**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

**FORTALECIENDO EL APOYO
FAMILIAR**

Mtra. Sofía Elena Pérez Zumano
Alejandrina Jiménez Valencia
Lic. Gisel De Carlo Lira

Mayo 2008

ESTRATEGIAS PARA FAVORECER EL APOYO FAMILIAR

Es normal que cuando usted se entere del diagnóstico de cáncer



Experimente sentimientos de:

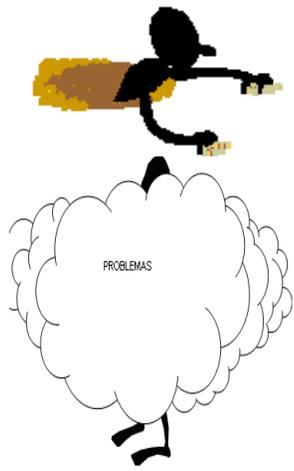


Tristeza

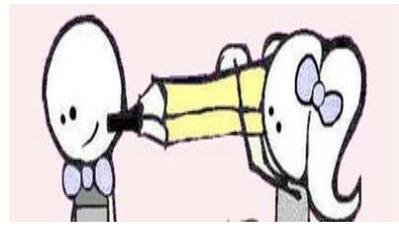


Enojo

Puede presentar confusión, desesperación, angustia, temor.



Es importante que Usted acepte que tiene cáncer y que siga las recomendaciones del personal de salud





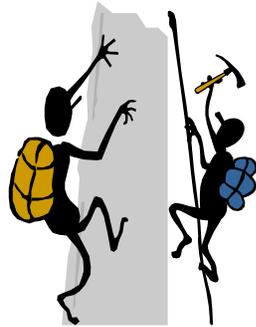
¿Qué puedo hacer?

¡No se de por vencida!

“Hay muchas cosas que yo puedo hacer para salir adelante”

Tenga en mente siempre frases como:

“Hay muchas cosas que yo puedo hacer para salir adelante”



Escríbelas

Four horizontal lines for writing.

Busque el apoyo en su familia,

ellos le daran el cuidado y protección

que usted necesita

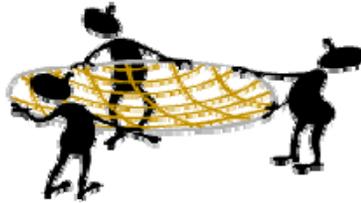
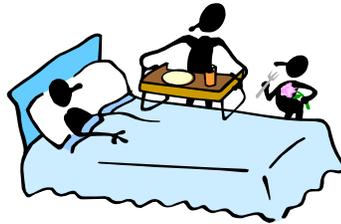


Le recomendamos:

No olvide a sus amigos, que junto con su familia serán una red de apoyo en estos momentos difíciles

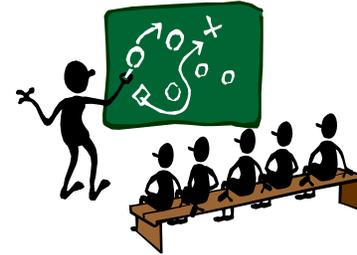


Si usted pide y recibe apoyo presentará un mayor bienestar físico y emocional



5

Le recomendamos que hagan un plan de acción, dividan tareas: quehaceres del hogar, cuidados de los hijos, acompañamiento a citas, curaciones...



Mantenga una comunicación directa, clara, franca, evite malos entendidos.

- Exprese lo que necesita
- Aprenda a escuchar



6

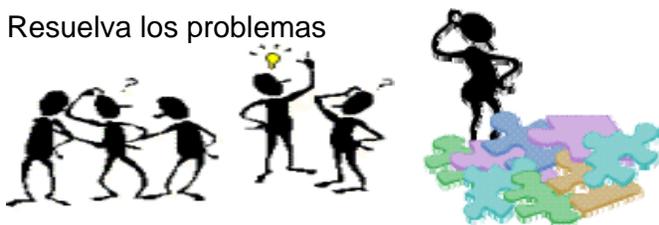
Sea flexible, no imponga sus puntos de vista



**Pero nosotros – familia y amigos
¿Cómo podemos ayudarla?**



Resuelva los problemas



Le recomendamos 3 pasos sencillos



Reconcíliase con sus seres queridos



1. Ayúdala a que exprese cómo se siente



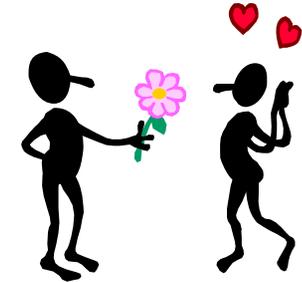
Preste atención a sus preocupaciones y necesidades
Mantengan con ella una comunicación abierta y franca

Si esta dispuesta a hablar escúchela con atención, sino respete su silencio

Mantengan la unidad familiar:
reúnanse, planeen actividades juntos

Evite frases que usted sabe le molestan e incomodan a su familiar

Exprésele que la ama con palabras, abrazos, besos, caricias o algún detalle que la sorprenda



2. Apóyenla en las actividades de su cuidado.

Hagan una lista con los nombres y teléfonos de las personas que apoyaran en el cuidado de la mujer.



Hagan una agenda de las citas, (independientemente del carnet) para que con anticipación puedan planear quien la acompañará ese día



Evite contratiempos, cumpla con las condiciones en las que debe presentarse a su cita



Evite contratiempos

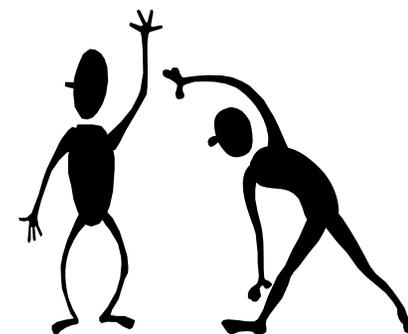
Siga dieta sugerida por el personal de salud.



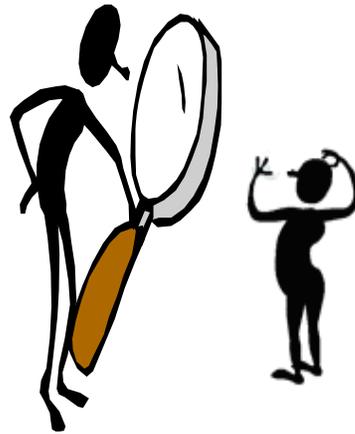
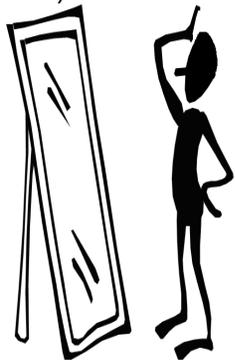
Pida orientación con el personal de salud acerca de su tratamiento, síntomas, curaciones.



Ayúdele a realizar los ejercicios recomendados



Si la operaron es importante identificar posibles datos de hemorragia e infección: inflamación, dolor intenso (enrojecimiento, aumento de la temperatura, pus, mal olor)



Evitar accidentes adapte su hogar de acuerdo a las necesidades de la mujer, ejemplo en el baño se sugiere colocar antiderrapante, o pasamanos en los que la paciente se pueda sujetar



3) Apóyela en las actividades que le han sido restringidas como levantar cosas pesadas, acercarse al calor de la estufa, entre otras,



En relación a los medicamentos:

1) Hacer un horario que incluya el nombre del medicamento, la hora y la dosis que se debe tomar.

2) Verificar que la cantidad del medicamento sea suficiente entre una cita y otra.



- 3) Verificar las fechas de caducidad de cada medicamento
- 4) Verificar que la mujer realmente se tome el medicamento.
- 5) Este pendiente de los efectos secundarios



Es importante que al menos un miembro de la familia aprenda a realizar las curaciones que la paciente requiere



Hacer un listado con cada uno de los síntomas que podría presentar la paciente y las posibles soluciones que se pueden brindar en el hogar.¹



¹ Consulte el cuadernillo **Cuidados durante los tratamientos que favorecen la adaptación física en las mujeres con cáncer de mama 3.**

Ante cualquier duda acuda con el personal de salud.



Organice sus gastos



Manténganse informados acerca de estudios, tratamientos, cuidados especiales de la mujer

3. Ayúdela en su adaptación y recuperación

Favorezca la independencia de la paciente



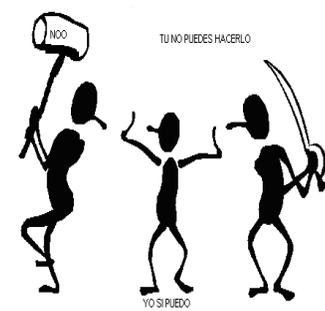
Ayúdenle a tomar sus propias decisiones y respételas



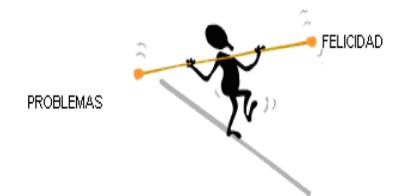
Ayúdele a llevar una vida normal



No la sobreproteja, ni minimice sus esfuerzos



Ayude a la mujer a encontrar el equilibrio entre sus problemas y las cosas agradables de la vida



Planee actividades que disfrute con otras personas
Ejemplo: ir de compras, llamar por teléfono, jugar, ir a la iglesia



Ayúdele a hacer o pensar en cosas que sean placenteras y le produzcan alegría tranquilidad, buen humor: escuchar su música favorita, ver alguna película, dibujar, leer un libro o revista favorita.



Ayúdele a realizar actividades que le den una sensación de logro.
Ejemplo: escribir una carta, hacer un poema, arreglar el jardín.



Apóyela en sus necesidades espirituales orar, ir a un servicio religioso.



Anímela a participar en algún grupo de apoyo

Den mayor apoyo en momentos difíciles de la enfermedad

Proyecto: Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama

NEEGPSP-UNAMSDEI. PTID.05.3

Responsable

Mtra. Sofía Elena Pérez Zumano

Co-responsable

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

Colaboradores

Mtro. Hugo Tapia Martínez

Mtra. Leticia Sandoval Alonso

Psic. Mónica Miguel Martínez Arroyo

Instituto Nacional de Cancerología

Lic. Fernando Rodríguez Ángeles

Lic. Alberto Aliphat Dominguez

Tesistas

Lic. Olga Barrientos Galicia

Lic. Gisel De Carlo Lira

P. E. Alejandrina Jiménez Valencia

Est. Blanca González Camaño