



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

APOYO FAMILIAR Y RESPUESTAS ADAPTATIVAS DE  
CUIDADO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.

(NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3)

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A:  
BENÍTEZ CHAVIRA LUIS ANGEL  
No de Cta: 303077280

ASESORA DE TESIS:  
MTRA: SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO

México, D.F. Agosto 2011





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS**

*La presente tesis se la dedico a mi familia, que gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona. A mis padres y hermanos por estar a mi lado siempre y darme su apoyo, confianza y afecto. Gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.*

*A mi padre por brindarme los recursos necesarios y estar siempre a mi lado.*

*A mi madre por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos y enseñanzas.*

*A mis hermanos por estar siempre a mi lado brindándome su aliento para ser alguien importante en mi vida.*

*A Ana Laura por creer en mí y hacerme sentir que soy especial.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que me dieron la oportunidad de formar parte de ellas.  
¡Gracias!*

*Al macroproyecto Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama, quien me dio apoyo para la obtención de datos de esta tesis.*

*Un agradecimiento especial a mi asesora Sofía Elena Pérez Zumano por hacer posible esta tesis. Gracias por sus consejos y experiencias brindadas que me hicieron ser una mejor persona.*

*A mis sinodales, gracias por darme la oportunidad y el tiempo que me han dedicado para leer esta tesis.*

*A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.*

*A todos ellos  
Muchas gracias de todo corazón.*

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama es actualmente la primera causa de muerte de mujeres mexicanas de más de 25 años. De acuerdo a las investigaciones reportadas, la falta de apoyo familiar en la mujer diagnosticada con cáncer de mama repercute considerablemente en sus respuestas adaptativas y en su calidad de vida por lo que experimentan un desequilibrio emocional manejando altos niveles de estrés.

**Objetivo:** Explorar la relación que hay entre el apoyo familiar percibido por las mujeres con cáncer de mama y sus respuestas adaptativas de cuidado.

**Metodología:** Es un estudio observacional, transversal y analítico. La población estuvo constituida por mujeres con cáncer de mama de un hospital de 3er nivel de atención con una muestra de 159 mujeres.

**Resultados:** La media de edad fue  $48 \pm 12$ , 61% son casadas-uni6n libre y el 79 % tienen hijos. La mitad cuentan con nivel educativo b6sico y el 43% tienen antecedentes de c6ncer de mama.

Las mujeres que perciben m6s apoyo familiar se adaptan mejor a la enfermedad ( $r_p = -.208$ ,  $p = 0.009$ ). Las mujeres que tienen pareja tienen mayor percepci6n de apoyo familiar ( $t = -2.766$ ,  $gl = 157$ ,  $p < 0.018$ ). De igual manera, las mujeres que cuentan con hijos demuestran mayor percepci6n de apoyo familiar ( $38 \pm 7$ ).

El 64% de las mujeres tienen estr6s significativo. La variable que mejor lo predice son los problemas sexuales ( $RM = 3.356$ ,  $IC_{95\%} = 1.007-11.183$   $p = 0.04$ ).

**Conclusi6n:** La mayoría de la poblaci6n de estudio percibe apoyo familiar y este repercute en las respuestas adaptativas de cuidado durante la enfermedad, pero presentan niveles de distr6s significativos por lo que se deben implementar estrategias para su manejo. Se recomienda que enfermería trabaje en estrategias que fortalezcan el apoyo familiar para mejorar la calidad de vida en mujeres con c6ncer de mama. Estos resultados pueden servir como precedente a otras investigaciones.

**Palabras clave:** c6ncer de mama, apoyo familiar, respuestas adaptativas de cuidado, distr6s.

## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2.- MARCO TEÓRICO</b>	3
2.1.- Epidemiología del cáncer	3
2.2.- Apoyo Familiar	7
2.3.- Respuestas adaptativas (Callista Roy)	14
Distrés variable interviniente en mujeres con cáncer de mama	23
<b>3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	28
3.1.- Propósito	31
3.2.- Objetivo	31
General	
Específicos	
3.3.- Hipótesis	31
<b>4.- METODOLOGÍA</b>	32
4.1.- Tipo de estudio	32
4.2.- Población	32
4.3.- Muestra	32
4.3.1.-Criterios de inclusión	33
4.3.2.- Criterios de exclusión	33
4.4.- Variables de estudio	33
4.4.1.- Variables sociodemográficas	
4.4.2.- Variables principales	
4.5.- Consideraciones éticas	34
<b>5.- PROCEDIMIENTO</b>	35
5.1.- Para la recolección de datos	35
5.2.- Instrumento de medición	35
5.3.- Para el análisis de datos	37

<b>6.- RESULTADOS</b>	38
6.1.- Caracterización de la muestra	38
6.2.- Apoyo familiar	38
6.2.1.- Expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos	
6.2.2.- Fomento de actividades de cuidado	
6.2.3.- Apoyo familiar total	
6.3.- Respuestas adaptativas de cuidado	41
6.4.- Distrés	42
<b>7.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	44
<b>8.- CONCLUSIONES</b>	49
<b>9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	51
<b>10.- ANEXOS</b>	56

## 1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CaMa) constituye un problema de salud pública que se está dirigiendo a ser la primera causa de mortalidad en la mujer manifestándose en edades más tempranas, lo que causa una gran preocupación para la población femenina disminuyendo su calidad de vida.

El recibir un diagnóstico como el cáncer suele ser catastrófico, no solo en la persona que lo padece sino para toda la familia, que suele ir acompañado de distrés psicosocial y sufrimiento emocional.

De acuerdo a esto la mujer va sufriendo grandes cambios emocionales acompañados de una distorsión de su imagen corporal, baja autoestima y trastornos adaptativos que implican una inmediata demanda de cambios en el sistema familiar. La naturaleza de estas demandas familiares depende del tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento y el pronóstico de calidad de vida de la mujer.

La evidencia muestra que ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis, es decir, que no todas reaccionan de la misma manera ante un hecho devastador como lo es el cáncer de mama, expresándola con sentimientos de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejando una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

Esta investigación forma parte de la prueba piloto 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 del Macroproyecto *Nuevas Estrategias Epidemiológica, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública*, de la cual emerge esta tesis.

El objetivo del estudio fue conocer la relación que existe entre el Apoyo familiar y las respuestas adaptativas en un grupo de mujeres con Cáncer de Mama. Esto nos permitió demostrar qué respuestas adaptativas emergen frente a una enfermedad crónica como lo es el cáncer de mama, además ayudó a identificar

los factores estresantes de la misma y como el apoyo familiar y social en una paciente es de suma importancia para aumentar su calidad de vida y pronóstico.

De acuerdo a la metodología la población de estudio estuvo conformada por 159 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en un hospital de 3 nivel de atención. Fue un estudio observacional, transversal y analítico. Los instrumentos fueron validados por criterios de expertos y realizado con base en la etapa cualitativa.

El análisis de datos se efectuó mediante la estadística descriptiva e inferencial, por medio del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 15.

En el capítulo de resultados se encontró que existe relación entre el apoyo familiar percibido y las respuestas adaptativas de cuidado, ya que las mujeres que tienen mayor percepción del apoyo se adaptan mejor al cáncer, y que el tener pareja, tener hijos y ser casada-unió libre repercute mucho en la percepción del apoyo familiar en la mujer. Por otra parte, no hay relación entre el apoyo familiar y el estrés, ya que el tener apoyo o no, no repercute en que las mujeres tengan distrés. Sin embargo, el ser menor de 43 años y ser soltera son factores de riesgo para tener estrés significativo. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en la literatura.

Los resultados del estudio evidencian la importancia de que las enfermeras abarquen estrategias encaminadas al bienestar de la mujer con cáncer de mama, de igual forma se sugiere para otras investigaciones indagar más sobre el apoyo familiar y las respuestas adaptativas con diferentes visiones y metodologías con un solo objetivo, ayudar al bienestar y calidad de vida de la mujer, la familia y su entorno.

## 2.-MARCO TEÓRICO

### 2.1.- Epidemiología del cáncer de mama.

Hoy en día los cambios demográficos, económicos y ambientales han afectado mucho en todos los aspectos de nuestras vidas, entre ellos la incidencia de enfermedades como lo es el cáncer y que desafortunadamente repercute en el ser e individualidad integral de la persona pues va reduciendo notoriamente el nivel y calidad de vida, además es una enfermedad mortal si no se tienen los tratamientos y cuidados oportunos.

El cáncer es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de las células forman un tumor que invade los tejidos vecinos y que en etapas avanzadas metástasis a órganos distantes del cuerpo.

Algunos de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer son el consumo del tabaco, el alcohol, la obesidad, las infecciones de transmisión sexual como el VPH, la inactividad física, entre otros más.

De acuerdo a los reportes de investigación, a nivel mundial los tumores malignos representan aproximadamente un 13% de las defunciones, 7.9 millones de muertes por año, de las cuales más del 72% se registran en países de ingresos bajos y medios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre el 2007 y 2030 aumentará la mortalidad por cáncer a nivel mundial, pues se estima que se pasara de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población.<sup>1</sup>

Por otra parte, en México de acuerdo con los datos de mortalidad del país, elaborados por la Secretaría de Salud, mueren anualmente casi 60 mil personas por cáncer, lo que representa el 12% del total de fallecimientos que se registran cada año.

Considerando los datos anteriores se afirma aún más que la incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado considerablemente en todo el mundo y el cáncer de mama (CaMa) no es la excepción.

La estadística mundial revela más de un millón de casos nuevos cada año; por tanto, el CaMa representa un problema de salud pública porque es la principal causa de muerte en mujeres en todo el mundo.<sup>1</sup> También señala que 45% de los nuevos casos provienen de países en vías de desarrollo donde la letalidad por la enfermedad es mayor, pues representa alrededor del 55% de las muertes por esta enfermedad.<sup>2</sup>

En México el CaMa ocupa actualmente el primer lugar dentro de las causas de muerte en las mujeres mexicanas cuya tasa de mortalidad registrada en 2007 fue de 16.4 muertes por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años.<sup>3</sup>

Una de cada 8 mujeres tienen riesgo de padecer CaMa (12.2%) y una de cada 28 mujeres de morir por esta enfermedad. Teniendo en cuenta que los factores más comunes para esta enfermedad son hereditarios o genéticos, hormonales y por último ambientales.<sup>4</sup>

No obstante, la edad y el género son los factores más importantes para el desarrollo de esta enfermedad ya que el 46% de las mujeres mexicanas afectadas lo presentan antes de los 50 años y el grupo más afectado es de la edad de 40 a 49 años.<sup>5</sup>

En el 2008, la incidencia del CaMa en nuestro país fue de 7.57 casos por cada 100 mil habitantes, afectando principalmente a la mujeres con una incidencia de 14.63 a comparación de los hombres 0.27 y entre algunos datos sociodemográficos indican que la mayor incidencia se presenta en el Distrito federal (45.84), seguida por Sinaloa (47.76) y San Luis Potosí (45.20) y la incidencia más baja se encontró en el Edo. México (4.62), Chiapas (4.24) y Tlaxcala (2.96).<sup>6</sup>

Similar a lo anterior otras investigaciones revelan que el Distrito Federal y los Estados del norte de nuestro país presentan una tasa de mortalidad más elevada, y aunque los estados del sur presentan niveles muy bajos, esto no hace que la incidencia disminuya sino que va en aumento.<sup>7</sup>

La evidencia establece que el CaMa es curable si es detectado en etapas iniciales y el tratamiento es adecuado, esto quiere decir que tiene mejor pronóstico de vida, por lo que el método fundamental para la detección precoz de la enfermedad es el autoexamen de mama, pues constituye el principal instrumento de valoración de la propia mujer para la prevención y detección oportuna del CaMa.

De acuerdo a esto, resulta evidente que los sistemas nacionales de salud deben estar preparados para atender la alta demanda de atención y hacer grandes esfuerzos para disminuir la incidencia de esta enfermedad y para ello se deben tener varias consideraciones ya que más de una tercera parte de los cánceres pueden prevenirse, otro tercio tiene la posibilidad de curación si se detecta en etapas tempranas, no obstante, no se debe olvidar a los pacientes con enfermedad avanzada, ya que el objetivo principal es mejorar su calidad de vida de forma integral.

Considerablemente las estadísticas son alarmantes pero más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr y que hoy se pone en tela de juicio el valor real de una medida de atención temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen de mamas.<sup>8</sup> Por otra parte resulta alarmante que en la actualidad la mamografía es utilizada por la mayoría de las mujeres con fines de diagnóstico y no como una práctica de detección oportuna del CaMa por lo que esto aumenta aún más el riesgo de diagnóstico en etapas avanzadas.

Se debe tener en cuenta que los avances en el diagnóstico y en el tratamiento del CaMa han sido muy importantes; sin embargo, los programas preventivos mediante mamografías o ultrasonidos han dejado a un lado los aspectos sociales, principalmente la ayuda psicológica a las mujeres diagnosticadas por

esta enfermedad, a sus familias y su entorno, provocando en ellas trastornos adaptativos de la enfermedad y distorsionando su estado de ánimo.

Esta enfermedad ocasiona un gran impacto en la salud de las personas involucradas y su entorno, lo cual genera una mayor demanda de cuidados a la persona enferma cambiando completamente su rol y estilos de vida en la familia.

La problemática que ha dejado el CaMa para la mujer en la sociedad, entorno familiar y en la salud ha propiciado que se realicen investigaciones sobre el proceso de adaptación a la enfermedad así como la importancia del apoyo familiar que repercute en la calidad de vida de la persona pues la mujer en esta condición requiere de apoyo, ayuda para adaptarse y asumir esta nueva etapa de su vida.

Aquí es donde enfermería debe realizar acciones que ayuden a la mujer a luchar contra la enfermedad e identificar estrategias que permitan llegar a un punto de bienestar de la persona, su familia y su entorno, abordando su problema y fortaleciendo sus respuestas adaptativas para un mejor bienestar de la persona.

La evidencia señala que las mujeres que cuentan con apoyo familiar afrontan con menor dificultad los cambios derivados al tratamiento y diagnóstico del cáncer de mama, ya que el 75% de las mujeres señalan que la falta de cohesión familiar dificulta y reduce estrategias de supervivencia y cuidado durante el proceso de enfermedad.<sup>9</sup>

## 2.2- Apoyo Familiar

La familia es la institución base de toda sociedad, es la fuente primaria del cuidado y protección, además es dinámica y está sujeta a la influencia de su entorno, por lo que este esquema se rompe o se modifica bruscamente tras el diagnóstico de alguna enfermedad.

Una familia bien organizada es aquella en la que cada miembro tiene un papel adecuado a cada etapa del ciclo familiar y desarrolla las tareas que le corresponden, es decir, un rol específico a cada situación. Esta concepción nos permite valorar a la familia como una unidad que funciona al potenciar el desarrollo de cada uno de sus miembros desarrollando buenos mecanismos de adaptación ante las nuevas situaciones y sobre todo proporciona apoyo, cooperación y afecto a sus integrantes. Pero también nos permite observar las disfunciones que pueden ocurrir ante una nueva situación estresante como es la enfermedad, que va a requerir un ajuste organizativo emocional, en el paciente y en la familia.<sup>10</sup>

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis que según las características de las mismas las podemos clasificar en crisis inesperadas y evolutivas. Las crisis evolutivas son aquellos cambios esperables que atraviesan la mayoría de las personas, dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos que forman parte de la vida normal. Y las crisis inesperadas son aquellas que sobrevienen bruscamente, son las que no están en la vida evolutiva habitual (muerte temprana, pérdida de empleo y enfermedad). Tanto las crisis evolutivas como las inesperadas pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos que tengan y de las experiencias previas.<sup>11</sup>

Una crisis como es la enfermedad irrumpe en la familia como un suceso estresante, se convierte en un gran desafío en la capacidad del grupo familiar para permanecer organizados y estos se adaptan a las nuevas necesidades de ante esta situación. No todas las enfermedades conllevan al mismo impacto familiar.<sup>12</sup>

Como ya se ha señalado el impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo, su entorno familiar y social es enorme. No es fácil aceptar un diagnóstico como cáncer, independientemente de los conocimientos que se tenga sobre esta enfermedad. El impacto del diagnóstico no solo afecta a la mujer sino a todos los miembros de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta de la vida cotidiana, así como sus planes a futuro, significado sobre la vida e incluso de la propia muerte.

Pero no es solamente el diagnóstico del cáncer lo que resulta problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad: dolor, hospitalización, deformidad, deudas, inhabilidad para cuidar de uno mismo o de la familia, pérdida de atractivo y/o función sexual, incapacidad para mantener el empleo, y posible muerte.<sup>13</sup>

El CaMa generalmente causa impacto en las mujeres, tanto por la importancia de su mama como símbolo de feminidad, como miedo a los tratamientos y cambios secundarios a este (signos y síntomas). Aunque también suele generar sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo así como dudas y cuestionamientos debido a la creencia o estigma de una enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte.<sup>14</sup>

Se debe tener en cuenta que la enfermedad no afecta a todas las mujeres por igual, si no que esto es más complejo de lo que se piensa y se conforman por varios factores: la personalidad previa, trastornos psicológicos previos, historia personal de situaciones estresantes, competencias, capacidad de adaptación o aprendizaje, nivel de apoyo económico y social, actitudes, ambiente, creencias, valores culturales, espirituales y religiosos.<sup>10</sup> Es decir, entre más negativos sean estos factores mayor será el estrés, la adaptación y el afrontamiento hacia la enfermedad repercutiendo en la mujer y a quien la rodea.

Por lo regular la mujer con CaMa busca algún tipo de ayuda familiar o social para poder lidiar con ciertos problemas de la enfermedad no solo fisiopatológicos si no psicológicos. La mujer debe sentirse escuchada por un

equipo multidisciplinario, sus opiniones deben ser aceptadas y respetadas y sus preocupaciones o temores deben ser aclaradas.

Ciertamente el impacto del CaMa alcanza dimensiones profundas en los contextos psicológicos, sociales, emocionales, espirituales y culturales de la dinámica familiar, por lo que esta enfermedad constituye una crisis en la vida cotidiana y la familia debe ajustarse a este nuevo cambio.

A consecuencia del diagnóstico todos los miembros de la familia comparten un sentimiento de carga, subjetivo y objetivo.<sup>15</sup> La carga subjetiva es donde los familiares sienten la pérdida del familiar que ellos habían conocido y querido antes del comienzo siquiera de la enfermedad. Incluye también el desánimo cuando la enfermedad es evidente e irreversible y la empatía por el dolor de la persona que lo padece. La carga objetiva son los retos diarios que acompañan a tener en la familia un paciente con cáncer y la responsabilidad que conlleva el cuidar de la persona solo si esta lo desea.

Evidentemente esta enfermedad se convierte en todo un desafío en la vida de la familia y ninguno de sus miembros permanece intacto ante esta situación causando cambios en sus estilos de vida mientras se adaptan a las nuevas necesidades de la mujer.

El apoyo emocional es entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como individuos y miembros de la especie humana, es decir, aquel tipo de relaciones más simples que se originan en el interior de las familias.<sup>16</sup> Este tipo de apoyo que brinda la familia es clave para el bienestar de la mujer. En la medida que ella cuente con apoyo externo la adaptación será más fácil y con menos implicación emocional.

El papel de la familia en la atención de la mujer es primordial: se ha demostrado que cuando la mujer cuenta con apoyo familiar favorece el apego del tratamiento, reduce el estrés, aumenta su rendimiento físico, disminuye síntomas y favorece una actitud positiva así como la adaptación y el

afrontamiento a la enfermedad, de lo contrario la mujer al no percibir el apoyo familiar puede disminuir su calidad de vida.<sup>7</sup>

Así también los miembros de la familia tendrán que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar la crisis. Si estos mecanismos son utilizados, el equilibrio familiar podrá mantenerse y la mujer tendrá una buena adaptación hacia su enfermedad. Es un periodo difícil de afrontar y sobrellevar para ambos. Hay muchas emociones, decisiones y cambios que afectan la forma habitual de vida y convivencia familiar.

La familia de la mujer y su entorno (red social, laboral) serán los principales precursores de apoyo emocional y social. Ellos tratarán de cubrir todas las necesidades a lo largo de la enfermedad, las necesidades de afecto, de amor y de pertenencia. La respuesta de la pareja, hijos, hermanos y amigos ante la enfermedad es fundamental para la adaptación de su diagnóstico por la que la estructura familiar ha de ser evaluada como un predictor de la calidad de vida y afrontamiento de la enfermedad.<sup>10</sup>

De ahí que la vivencia de un suceso como el padecer CaMa tenga un gran impacto en las emociones para quien lo padece como quien está a su alrededor y tanto las diferentes emociones pueden afectar las relaciones entre los miembros de la familia y esta a su vez con su contexto social.<sup>17</sup>

Está comprobada la notable influencia del apoyo social en la salud individual y familiar.

Se define al apoyo social como el apoyo accesible de un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global. Su importancia es mayor en las situaciones de crisis familiar en las que el apoyo puede determinar la superación de la situación estresante como una enfermedad.

El apoyo social percibido puede ayudar de forma trascendental en el acompañamiento de la persona enferma, ya que está puede tener la percepción de sentirse amada y estimada por los demás y no verse como una

carga para la sociedad y la familia. La literatura evidencia que el apoyo social es un factor protector frente a la mortalidad de la población anciana y de algunas enfermedades crónicas.<sup>18</sup>

Es conveniente distinguir las diferentes dimensiones del apoyo social: apoyo emocional o afectivo referente a la disponibilidad de una persona para proporcionar amor, estima, cariño o empatía; apoyo confidencial en referencia a la posibilidad de contar con personas a las que se les puede comunicar problemas; apoyo informacional incluye los contactos sociales a través de los cuales recibe información o consejos.<sup>19</sup> Por otro lado, el apoyo instrumental se define como el acompañamiento a las citas médicas, ayudar con los quehaceres del hogar o ayudando a bañar y vestir a quien lo necesita.

Ya que el CaMa es capaz de desencadenar una crisis y un desajuste en los miembros de la red social del paciente, la familia cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional así como el apoyo instrumental, mientras que el equipo de salud debe asumir el apoyo informacional.

Según autores aceptan que 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. Pacientes con sentido vívido de la importancia de sus relaciones familiares y sociales experimentan menos trastornos mentales, mayor autoestima y un mayor sentido de la eficacia en su propia habilidad de funcionamiento.<sup>19</sup>

En cuanto al apoyo familiar, este es definido como las diversas acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer con CaMa *la expresión de sus preocupaciones, molestias y sentimientos negativos* que ocasiona 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 su entorno terapéutico.<sup>20</sup> En esta investigación solo se midió apoyo familiar en las primeras dos dimensiones

Este apoyo percibido por la mujer es recomendable, e influye de manera favorable en los pacientes oncológicos ya que esto disminuye los niveles de ansiedad, depresión y experiencias de dolor. Contar con alguien que escuche y brinde apoyo puede aliviar muchos sentimientos, contribuye y ayuda a disminuir síntomas físicos y emocionales. Ya que en un estudio realizado en Brasil demostró que el apoyo familiar es el principal sustento para enfrentar una enfermedad como es el cáncer.<sup>9</sup>

La meta del apoyo familiar es que los familiares logren la comprensión de la dimensión del cáncer, así como el impacto físico y emocional a la cual se enfrenta la mujer y la importancia que tiene el apoyo familiar para que la mujer logre un equilibrio emocional y una calidad de vida en óptimas condiciones.

El éxito del apoyo familiar es que la mujer refleje una evolución en su estado de ánimo con toda la disposición de afrontar su enfermedad, aceptando la magnitud del problema y poder sobrellevarlo.

En contraste con lo anterior, un estudio de metodología cualitativa realizado en Brasil, señala que las mujeres describen a la familia como el principal apoyo para hacer frente a la enfermedad como el cáncer, y que además la construcción de estrategias de supervivencia o de cuidado puede verse afectado por la falta de apoyo y coalición familiar.<sup>12</sup>

Desde el momento que la mujer sospecha que tiene CaMa sufre grandes cambios para esto existen diversas estrategias para afrontar el cáncer. La paciente y la familia incluyendo todo el entorno de la persona necesitan una adecuada orientación para favorecer la adaptación de la enfermedad y que tenga buen apego de los tratamientos para mejores resultados.

Es necesario realizar intervenciones psicoterapéuticas orientadas a conseguir que las familias encuentren los recursos necesarios para enfrentar los retos que impone esta enfermedad, con la finalidad de facilitarse la adquisición de las habilidades necesarias para enfrentarlos y resolverlos.

Estas intervenciones tratan la relación entre la enfermedad, el paciente y su familia, estos deben ser reevaluados constantemente dependiendo de los cambios positivos o negativos que tengan durante la trayectoria de la enfermedad. Uno de los fundamentales principios es que la familia afronte la enfermedad y promover la autonomía en cada uno de los integrantes de la familia. La información y la comunicación ayuda al paciente y su familia apoyarse uno al otro, hablar el uno con el otro reduce ambigüedades, confusiones innecesarias y sirve para tomar sus propias decisiones y tomar más fuentes de información para el bien de todos.<sup>12</sup>

No es común que una persona enfrente el CaMa o el proceso de muerte en total aislamiento o soledad. Lo deseado y correcto es que lo acompañe la familia, los amigos más cercanos y el equipo de salud. Según la evidencia de la literatura se encuentra que los pacientes con mayor coalición familiar presentaron una mejor adaptación al cáncer.<sup>21</sup> Pero sin embargo, en el país estos estudios no son suficientes para definir exactamente el impacto que causa el apoyo familiar en esta enfermedad.

A pesar de la supervivencia de esta enfermedad, la mejoría del pronóstico, nuevos tratamientos y el aumento de la calidad de vida, el cáncer de mama sigue siendo uno de los problemas más importantes de malestar psicológico, pues la prevalencia de trastornos adaptativos, síntomas depresivos y ansiosos va en aumento ya que esos son mayores en mujeres con cáncer de mama a diferencia del resto de la población.

### 2.3.- Respuestas adaptativas

El proceso de adaptación al CaMa es el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de las situaciones de la vida, modificadas, moduladas o perturbadas por la aparición del cáncer.<sup>22</sup> El paciente aprende a hacer frente al sufrimiento emocional, a la solución de problemas y controlar situaciones de su vida en el transcurso de la enfermedad.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón la persona es un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte del contexto del cual no se puede apartar. Este concepto está ligado a la adaptación, de tal forma que la percepción de las situaciones que se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno de las personas.<sup>23</sup>

En este estudio se decidió tomar como guía el Modelo de Callista Roy, ya que es primordial la adaptación de la mujer con Cáncer de mama. Ella define la adaptación como el “proceso” y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual y grupal, utilizan la conciencia consciente para crear una integración humana y ambiental.<sup>24</sup>

Roy puntualiza de manera explícita los términos, enfermería, persona, entorno y salud los cuales son conceptos centrales que identifican su disciplina.

Este es un modelo que guía sobre los aspectos que hay que valorar en una persona y lo que le rodea, que pudiese influenciarle negativa o positivamente en sus modos adaptativos, representa a la persona como un ser biopsicosocial que necesita adaptarse a los estímulos del medio ambiente.

En el modelo de adaptación de Roy, la profesión de enfermería se centra en las interacciones humanas y el medio ambiente que promueven el desarrollo humano y el máximo bienestar. El objetivo de enfermería es promover la adaptación de la persona.

En la siguiente imagen se observa el marco conceptual del modelo de adaptación de Roy como un sistema conformado de entradas, procesos y salidas.

**MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY**



Tomado de: Pérez-Zumano S, Martínez-Tapia H, Sandoval-Alonso L. Modelo de adaptación de Callista Roy, aplicación práctica a la investigación. UNAM.NEEGPSP.SDEI.PTID.05.3. Libro en multimedia la Teoría de Enfermería Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. ENEO UNAM. México 2010.

**Entradas-estímulos.**

Los estímulos del medio ambiente están categorizados como focales (los que inmediatamente enfrenta la persona), contextuales (factores que contribuyen en la situación) y residuales (factores desconocidos que pueden influir en la situación).

Cuando los factores que componen los estímulos residuales, se convierten en factores conocidos, son considerados como estímulos contextuales, pero también pueden ser considerados como focales. Roy postula que estas intervenciones influyen el nivel de adaptación para incrementarlo, disminuirlo o eliminarlo, o en otro sentido, alterándole forma relevante los estímulos focales y contextuales.<sup>25</sup>

Roy también considera unos estímulos comunes que pueden afectar la adaptación de las personas entre estos se encuentran: *estímulos culturales* (nivel socioeconómico, la etnicidad y creencias), *estímulos familiares* (involucra la estructura y tareas del grupo familiar) y *estímulos relacionados* con la etapa del desarrollo y la integridad de los modos adaptativos con el nivel de adaptación.

### **Procesos**

Los procesos ocurren al interior del sistema y tiene el objetivo de procesar la información proveniente de los estímulos externos e internos mencionados.

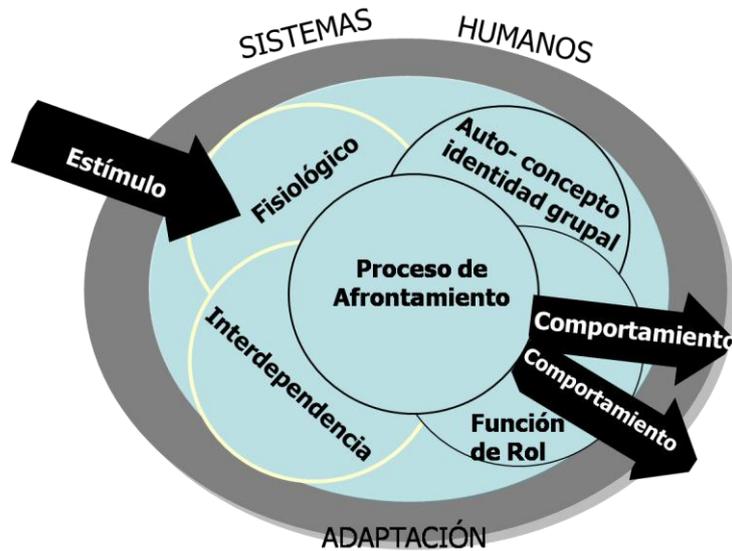
### **Salidas**

La adaptación toma lugar en cuatro modos de respuesta: físico-fisiológico, interdependencia, función de rol y autoconcepto.

Los modos de adaptación se relacionan con los sistemas humanos ya que estos responden como estímulos del medio ambiente. Estos sistemas adaptativos se estudian en el plano individual y de grupo. Roy ha desarrollado una comprensión de cada uno de éstos, con una amplia base de conocimientos para servir como un marco para la evaluación y planificación de los cuidados de enfermería.<sup>26</sup>

En esta investigación se basó en el modo fisiológico y modo de interdependencia del sistema adaptativo humano del modelo de Callista Roy.

## Modelo de Adaptación Callista Roy



Tomado de. Pérez-Zumano S, Martínez-Tapia H, Sandoval-Alonso L. Modelo de adaptación de Callista Roy, aplicación práctica a la investigación. UNAM.NEEGPSP.SDEI.PTID.05.3. Libro en multimedia la Teoría de Enfermería Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. ENEO UNAM. México 2010.

*Modo fisiológico:* tiene que ver con la satisfacción de las necesidades primarias para la preservación del sistema. Este modo se divide en 9 componentes de los cuales 5 son necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección. Los otros 4 son procesos complejos: los sentidos, los líquidos y electrolitos, la función endócrina y la función neurológica.

Las conductas observables que promueven el cuidado a la salud de la mujer con CaMa, se expresan en términos de metas: *supervivencia* (nutrición, eliminación, protección, actividad y descanso, función endocrina, neurológica, líquidos y electrolitos), *desarrollo* (psicológico, familiar, social, espiritual, sexualidad) y de *dominio* (cuidados que realiza la mujer, aprendizajes a partir de la enfermedad).

*Modo de función de rol:* implica conductas de la persona como ser social en el que asume diversas tareas y responsabilidades a nivel individual o grupal esperadas por la sociedad de acuerdo al ciclo vital.

*Modo de interdependencia:* implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Esto quiere decir que la gente necesita a otros para vivir, necesita de otras personas para satisfacer sus necesidades de afecto y de relaciones.

Las personas que tienen buenas relaciones interdependientes se sienten valorados y apoyados por otros y pueden expresar lo mismo para los demás. La necesidad básica de este modo tanto para los individuos y grupos es la integridad relacional o la sensación de seguridad en las relaciones.

*Modo de autoconcepto:* se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física, la identidad personal y la identidad ética y moral formado a partir de las percepciones internas y percepciones de otros. En este modo está inmersa la integridad psíquica y espiritual o la necesidad de saber quién se es, para que uno pueda ser o existir con sentido de unidad, significado y propósito en el universo. Esta integridad es fundamental para la salud. Los problemas de adaptación en la integridad de si mismo puede interferir con la capacidad de la persona para recuperarse o lo que sea necesario para mantener la salud.

Esto es importante para enfermería, ya que los conocimientos que tenga sobre el modo de autoconcepto le permitirán valorarlos para identificar los estímulos o circunstancias que influyen en el concepto de sí mismo, así como las estrategias de intervención.

Los conceptos y modos del modelo de adaptación de Callista Roy, permiten identificar y relacionar diversos recursos que la mujer utiliza para favorecer la adaptación al CaMa así como valorar no solo el estado de salud de la mujer si no también la percepción que tiene ante la situación que está viviendo como lo es un diagnóstico de cáncer de mama y saber cómo lo está afrontando y cuáles son sus expectativas de vida.

Los pacientes enfrentan muchos retos que son consecuencia de la enfermedad y sus tratamientos. Entre los momentos de crisis que enfrentan al escuchar el diagnóstico de CaMa, el recibir tratamiento (por ejemplo: Quimioterapia, radioterapia, cirugías) e incluso terminar el tratamiento y saber que el cáncer sigue presente o que ha reaparecido; cada una de estas situaciones lleva a la mujer a tomar decisiones y acciones específicas para la adaptación a la crisis.

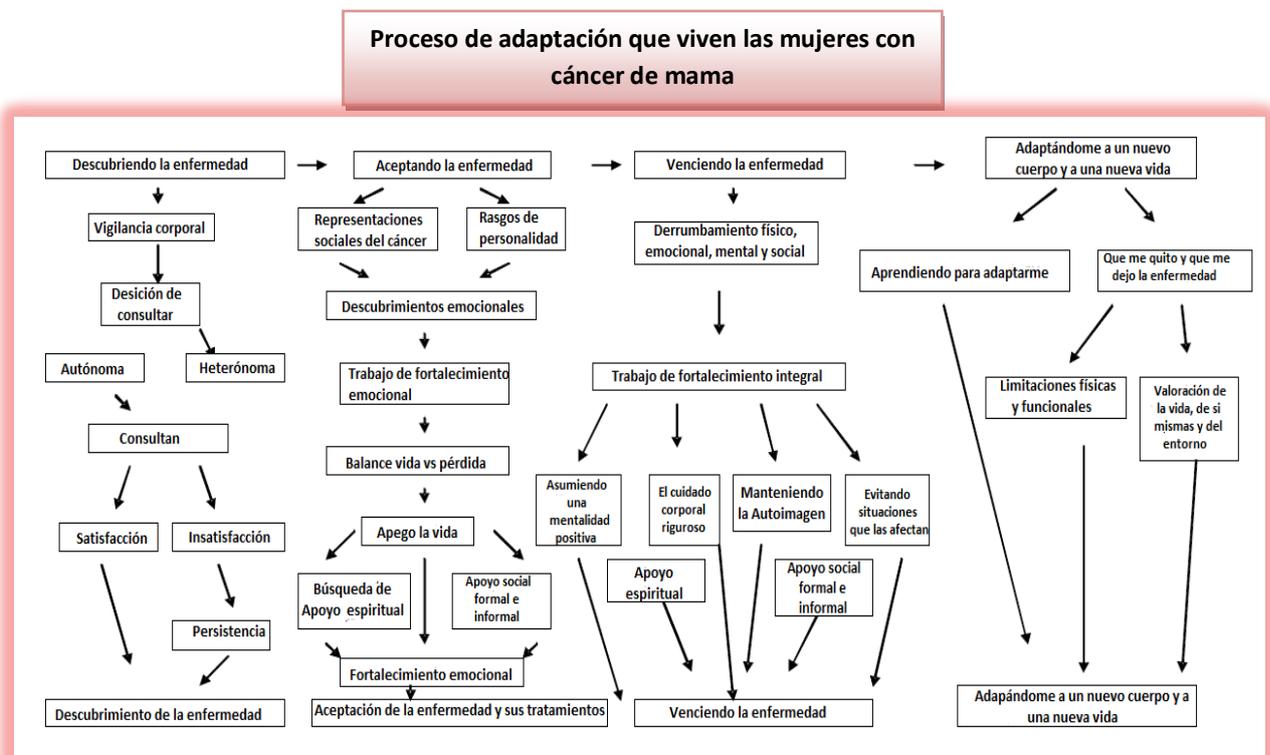
Por otro lado, otros autores refieren que los pacientes enfrentan de forma variable la enfermedad, y describen diferentes fases: 1) Negación, 2) Enojo-Ira, 3) Regateo, 4) Depresión, 5) Aceptación. Independientemente del estadio de la enfermedad, pronóstico y calidad de vida siempre cursaran por esas etapas. Este proceso es favorecido por la comunicación adecuada de su diagnóstico, por la temprana y detección oportuna, por el adecuado uso de sus habilidades internas (Personalidad) y externas (Estabilidad familiar, laboral y Social) y por contar con información realista y no información distorsionada.<sup>22</sup>

En algunas investigaciones establecen varios factores que modifican el proceso de adaptación en las mujeres con CaMa; *Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento* que de acuerdo a la literatura la cirugía conservadora presenta una mejor adaptación psicológica que la mastectomía por que la mujer lo relaciona con aspectos de su imagen corporal. *Factores relacionados con el paciente* y uno de estos es la edad ya que se ha comprobado que las mujeres mayores de 50 años presentan mayores niveles de distrés que las mujeres menores de 50 años. Y los *factores relacionados con el entorno del paciente* donde hay evidencia de los beneficios del apoyo social, familiar y conyugal.<sup>21</sup>

Las mujeres están en mejores condiciones y se adaptan con mayor facilidad a la enfermedad si estos siguen con sus tareas cotidianas no afectando a su familia, sintiéndose seguras de lo que hacen y tomar sus propias decisiones que ayuden a aumentar su calidad de vida para esto deben de llevar un proceso de adaptación.

Es importante evaluar a la persona como un todo; la valoración modo fisiológico y psicosocial que constituya una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tienen de la situación que está viviendo en ese momento, cómo lo está afrontando y cuáles son sus expectativas para promover su adaptación

En otra investigación refiere que la adaptación de las mujeres evolucionó en cuatro etapas denominadas: descubriendo la enfermedad, aceptado la enfermedad, venciendo la enfermedad y adaptándose a un nuevo cuerpo y una nueva vida.<sup>27</sup>



Tomado de: Londoño-Calle YC. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Revista Investigación y educación en enfermería. Colombia 2009; 27 (1): 70-77.

La primera etapa corresponde al proceso de diagnóstico donde la mujer experimenta un desequilibrio emocional pero a la vez esto las enfrenta a la realidad y las motiva a buscar estrategias de aceptación y fortalecimiento. La segunda etapa se manifiesta por un fortalecimiento emocional en la mujer confrontando su vida contra la enfermedad donde hay bajas por las noticias de los tratamientos a los que deben someterse que con lleva cambios en su imagen corporal (pérdida del seno y del cabello). En la tercer etapa se relaciona con los tratamientos ya que al ser agresivos y mutilantes se genera

un desequilibrio físico que se manifiesta en cambios fisiológicos y corporales, donde la mujeres emprenden una lucha para estar bien, fortaleciendo estrategias tales como el cuidado corporal riguroso, mantenimiento de la autoimagen y evitando situaciones que las afecta. La última etapa culmina en los tratamientos oncológicos y estará presente hasta el final de los días de la mujer. Aprenden a valorar la vida misma y de los demás, buscan estrategias para el mantenimiento de su autoimagen (prótesis o cirugía reconstructora), estilos de vida saludables implementando medicinas alternativas.

El diagnóstico de CaMa y su tratamiento conllevan a un impacto emocional significativo que influye sobre el proceso de adaptación de la enfermedad, mismo que puede verse perturbado por la presencia de diversos niveles de distrés, así como la presencia de trastornos mentales, de los cuales los más frecuentes son justamente los denominados trastornos adaptativos.

Un trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del factor estresante como el cáncer.<sup>22</sup>

Los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen más dificultades a la hora de tomar decisiones, son menos adherentes a sus tratamientos, y están menos satisfechos con la labor médica, asimismo, presentan peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria e incluso una menor longevidad.<sup>28</sup>

Cuando las condiciones del paciente no están en óptimas condiciones experimentan trastornos en diversos grados de severidad entre los más comunes son como distrés, estrés postraumático, ansiedad, depresión, pánico, cuadros fóbicos etc.

Se acepta que 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.<sup>29</sup>

Según hallazgos entre un 12 y un 47 % de los pacientes con cáncer cumplen con criterios de trastornos mentales durante el proceso de la enfermedad.<sup>30</sup>

En la adaptación al cáncer en general, hay evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social, que favorece una mejor adaptación psicológica y una mejor calidad de vida. En el cáncer de mama se han realizado estudios y la falta de apoyo social se ha identificado como factor predictor de mal ajuste psicológico tras el diagnóstico.<sup>21</sup>

### **Distrés variable interviniente en mujeres con cáncer de mama.**

Uno de los grandes temores que tienen los pacientes, es que el cáncer significa y con lleva a la muerte. Pero la idea de que el cáncer siempre conduce a la muerte es errónea, sin embargo esto no amerita que las personas tengan temores y preocupaciones acerca de lo que les pueda pasar en sus cuerpos. Es normal el preocuparse, sentir miedo, sentirse expuestos y vulnerables.

El diagnóstico de una enfermedad como el CaMa incide a la mayoría de los casos una respuesta de estrés extremadamente alta. Este evento estresante regularmente va acompañado por la hospitalización para estudios y la incertidumbre del tratamiento. El factor más importante es los efectos físicos del tratamiento: náuseas, vómitos, diarrea, debilidad general y la alopecia, pérdida del sabor, del apetito y contribuyen sentimientos de impotencia y falta del control de la función sexual.

Para muchos pacientes el cáncer puede tener un gran impacto muy traumático que lo lleve a caer inevitablemente a un gran cansancio debido a un mal manejo de la situación y el distrés.

El distrés se presenta por la incapacidad o dilema de la persona con el cáncer ante los cambios fisiológicos y con su entorno, lo que afecta inevitablemente al propio enfermo, su familia e incluso a cuidadores y profesionales de salud.

Varios estudios han encontrado que del 20 a 40% de los pacientes con cáncer presentan niveles significativos de distrés emocional. Pero hay que recabar que la prevalencia depende de cómo fue medido.

El distrés es una experiencia multifactorial psicológica (cognitivo, emocional), social y de carácter espiritual, que puede interferir con la capacidad para hacer frente eficazmente al cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. El distrés se extiende de un proceso continuo, que van desde los sentimientos normales de la vulnerabilidad, la tristeza y el temor que los problemas, que pueden aislamiento social y crisis existencial y espiritual.<sup>31</sup>

Su origen es multicausal: preocupaciones familiares (relación de la pareja, cuidado de los hijos), factores financieros (problemas económicos, de empleo, cuidado de la casa), problemas físicos (dolor, náuseas, fatiga, trastornos de sueño, discapacidad física) reacciones emocionales (preocupaciones, tristeza, ansiedad, pánico, depresión), dudas existenciales y espirituales (pérdida de fe).<sup>32</sup>

Los trastornos de ansiedad como el estrés es la respuesta más común en el ámbito del cáncer, es una respuesta emocional de adaptación a una amenaza, pero puede llegar a ser adverso. El distrés se manifiesta en una amplia gama de signos físicos de activación autonómica por el cuerpo, cambios de comportamiento y pensamientos, es decir, pensamientos intrusivos.

Pero este no se define como un trastorno mental, sin embargo su persistencia y el grado en el que se encuentre puede progresar en conjunto con otros factores el riesgo de padecer cuadros psiquiátricos de los cuales los más comunes son los trastornos adaptativos. Los niveles de distrés en los pacientes con cáncer varían según el tipo de cáncer y su pronóstico de vida.

Existen tres indicadores claramente definidos en el proceso del distrés. El primero es cuando la persona tiene constantes pensamientos acerca del problema, es decir, sus pensamientos están centrados en el problema en este caso el cáncer por ejemplo: no se concentran en sus actividades diarias como trabajo o estudio por estar pensando constantemente en el problema. Segundo existe la tendencia de pasar de una emoción rápidamente negativa manejable (tristeza o fastidio) a una emoción negativa paralizante (depresión o la ira) de acuerdo a su estado. Y tercero como consecuencia de las inestables reacciones emocionales, se presenta deterioro de las relaciones interpersonales, que con lleva a situaciones de discusiones, aislamiento y desinterés por actividades sociales, recreativas.

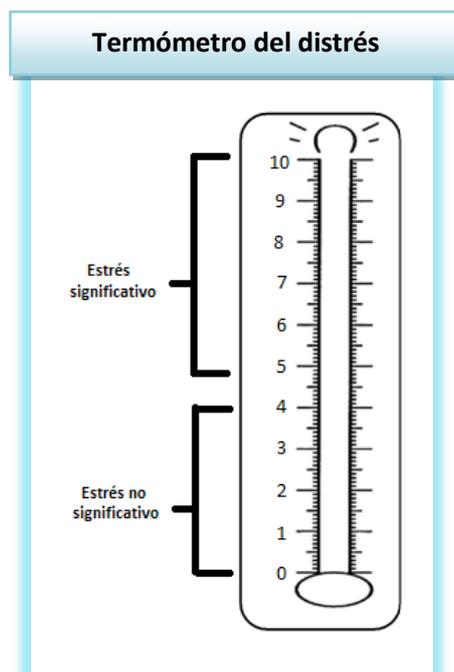
La literatura evidencia que independientemente de la causa, contexto, situación o interpretación psicológica de una situación exigente, el estrés lo relaciona con

patrones fisiológicos, es decir que entre más síntomas presenta la persona mayor será su distrés.<sup>33</sup>

Esto va en relación con otros estudios que demuestran que entre mayor control del dolor en pacientes oncológicos menor será el distrés. Por lo tanto el alivio de los síntomas ya sea por la enfermedad o como efecto secundario del tratamiento (radioterapia, quimioterapia) ayuda a la disminución del estrés en la persona.<sup>34</sup>

A veces es difícil hablar de distrés y mucho menos de cómo identificarlo ya que algunas pruebas indican que solo una minoría de los pacientes oncológicos con enfermedades depresivas son identificadas por el personal de salud y manejadas adecuadamente. Otros reportes concluyen que menos del 10% de los trastornos mentales son detectados en los pacientes con cáncer.<sup>35</sup>

Hoy en día existe una escala del termómetro del distrés en idioma español en México que ayuda a identificar en una regla del 0 al 10 en donde del 0 al 4 es sin significancia el estrés y de 5 al 10 es significativo que requiere de una intervención psicológica. Esta escala la utilizamos en este estudio para identificar el grado de distrés en el que se encuentran las mujeres con Cáncer de mama.<sup>36</sup>



Tomado de: Holland JC. The NCCNG guideline for Distress management: A case for making Distress the sixth sing. Journal of the National Compressive Cancer Network. Disponible en: <http://www.nccn.com/images/patient-guidelines/pdf/breast.pdf> Fecha de consulta: 13-05-11.

En Canadá la estrategia que tienen del control de cáncer es reconocer el distrés como un indicador básico de salud y bienestar de un paciente. Junto con los otros signos vitales se designó el distrés como un sexto signo vital.<sup>37</sup>

Pero son las características del paciente que determinan como tomar medidas y afrontar esta enfermedad. Además también dependerá del soporte emocional con que cuente, lo que permitirá reducir niveles de ansiedad, estrés y afrontar la situación en la toma de decisiones que ayuden a la adaptación de la enfermedad.

No obstante el paciente con cáncer intencionalmente actúan e interactúan con sus síntomas percibidos para iniciar actividades que ayuden a intervenir y llevar estrategias para aliviar o reducir el distrés y previenen la aparición de otros síntomas (autogestión).y mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, existen importantes motivos para respaldar el hecho de que en la actualidad los trastornos físicos y psicológicos provocados por el distrés comienzan a constituirse como un problema de salud pública de gran importancia, el cual afecta a las personas en más de un área de su funcionalidad.

Es una realidad que en los últimos años los avances del tratamiento del cáncer han favorecido al aumento de pacientes que se curan, pero no a quienes muchas veces mutila y violenta tanto física como emocionalmente, ya que por lo general la enfermedad se centra en la parte médica olvidando los aspectos sociales, psicológicos, espirituales de la persona.

Para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno se han creado herramientas psicológicas que hacen frente a la enfermedad con mayor facilidad utilizando un enfoque que incluya un equipo multidisciplinario provisto por psiquiatrías, asistencia social y enfermería que aplique acciones para el bienestar del paciente.

La revisión de la literatura revela que existe poca evidencia en el país referente al diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento, ya que este es un acontecimiento estresante que produce en las pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento en el nivel de su calidad de vida.

No es común que las personas con cáncer de mama enfrente el proceso en total y completamente en aislamiento, lo ideal es que las mujeres sean acompañadas de su familia, amigos, y equipo de salud.

### 3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hoy en día el CaMa es el más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres de todo el mundo. La OMS calcula que 7.6 millones de personas fallecieron por este motivo en 2005, y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más. Es importante resaltar que más del 70% de las defunciones ocurren en países con ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad son escasos o nulos.<sup>38</sup>

Es de esperar que cualquier persona con CaMa recién diagnosticada presente una serie de emociones, que puede verse afectada y repercute en la adaptación a la enfermedad, su familia y su entorno social. Pero a pesar de los avances y progresos en el diagnóstico, tratamiento y recuperación del CaMa siguen presentándose situaciones potencialmente estresantes para la mujer<sup>39</sup>, afectando su estado físico, psicológico, social y espiritual ya que la mama es considerado un órgano íntimamente asociado a la autoestima, la sexualidad y femineidad.

Ciertamente el CaMa afecta a todos los miembros de la familia. No hay dos familias que reaccionen de la misma forma, sus familiares podrían sentirse conmocionados, tristes, deprimidos o incluso enojados al enterarse de que un ser amado tiene cáncer. Es normal que todos los miembros de la familia se sientan molestos y temerosos al principio, pero deben afrontar sus propias emociones y a la vez brindar apoyo a la persona que tiene cáncer.

Pero no es solamente el diagnóstico del cáncer lo que resulta problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad: dolor, hospitalización, deformidad, deudas, inhabilidad para cuidar de uno mismo o de la familia, pérdida de atractivo y/o función sexual, incapacidad para mantener el empleo, y posible muerte.<sup>13</sup>

La revisión de la literatura revela que hay varios factores pertenecientes al ámbito sociocultural que afectan el estado psicológico del paciente con CaMa,

por ejemplo: edad menor, pobre apoyo social, dificultades familiares, hijos menores de 21 años, dificultades económicas y sucesos estresantes como el tratamiento de la enfermedad.<sup>40</sup>

Con relación al apoyo familiar, otros autores señalan que los pacientes con mayor coalición familiar presentaron una mejor adaptación al cáncer.<sup>18</sup> Así mismo investigaciones científicas revelaron que a mayor edad, y con más apoyo social, mejor calidad de vida tienen en cuanto a su salud mental, pero lo que más llama la atención es que los pacientes con mayor apoyo social refieren menor ansiedad, depresión y mayor adaptación a la enfermedad a diferencia de las personas jóvenes.<sup>39</sup>

Sin embargo, el modelo de Callista Roy sirvió como guía para esta investigación, quien dice que la adaptación es un proceso personal que implica procesos neurológicos, cognitivos y físico-fisiológicos. La mujer cuando afronta el estímulo focal (diagnóstico de cáncer de mama) pone en marcha todos los recursos personales y sociales, para recuperar el equilibrio como sistema adaptativo, que se manifiesta a través de respuesta adaptativas en las necesidades de; oxigenación, nutrición, eliminación, actividad-descanso y de protección, así como los procesos complejos: los sentidos, líquidos y electrolitos, función endocrina y función neurológica.<sup>24</sup>

Cuando la mujer no afronta de manera normal la enfermedad, repercute en su estado emocional, psicológico y espiritual llegando a desarrollar trastornos adaptativos como es el distrés, este trastorno se presenta debido a la importancia e inseguridad del paciente con cáncer, debido a los cambios y pérdida del control de la situación, lo que va afectando lenta e inevitablemente al propio enfermo y las personas que lo rodean como lo es la familia, ya que ambos se ven impotentes para afrontar la enfermedad y los tratamientos, lo que genera un fuerte cansancio disminuyendo su calidad de vida.<sup>31</sup>

Pero debemos tener en cuenta que durante los últimos años se han diseñado diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas, todas ellas con un propósito único: ayudar a confrontar los aspectos psicológicos emocionales por

los cuales cursan las mujeres con Cáncer de mama. Sin embargo en el país existe poca evidencia sobre el apoyo familiar y las respuestas adaptativas de cuidado en las mujeres con cáncer de mama.

Los profesionales de salud y especialmente enfermería quienes al ser una disciplina encaminada a mejorar la calidad de vida y que pasa mayor tiempo con el paciente, tiene las habilidades y herramientas necesarias para poder detectar oportunamente trastornos emocionales y distrés que pueden afectar la integridad de la mujer con Cáncer de mama.

Este enfoque requiere paradigmas que permitan comprender las diferentes fases y componentes en el proceso de adaptación para poder estar atentos a los múltiples factores que lo afectan e intervenir para desarrollar un plan de cuidados que permita restablecer en forma holística la calidad de vida del paciente, su familia y su entorno,

En base a la revisión de la literatura, nos ayudó a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre el apoyo Familiar percibido y las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama?

### 3.1.- Propósito.

El propósito de este estudio radica en identificar la percepción que tienen las mujeres con cáncer de mama sobre el apoyo familiar y las respuestas adaptativas de cuidado que adoptan, tomando como referencia el modelo de Callista Roy y el grado de distrés como una variable interviniente. Los hallazgos de esta investigación permitirán diseñar una intervención educativa dirigida a mujeres con cáncer de mama y sus familias en aras de fortalecer el apoyo familiar y la adaptación de la mujer en la trayectoria de la enfermedad.

### 3.2.- Objetivos.

#### Objetivo general

- ✚ Explorara través de la prueba piloto la relación que hay entre el apoyo familiar percibido por las mujeres con cáncer de mama y sus respuestas adaptativas de cuidado.

#### Objetivos específicos.

- ✚ Identificar si existe apoyo familiar en la mujeres con cáncer de mama
- ✚ Identificar las respuestas adaptativas de cuidado en las necesidades de: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad-descanso y protección.
- ✚ Determinar la prevalencia del distrés emocional.

### 3.3.- Hipótesis

De acuerdo a la literatura se espera encontrar que:

- ✚ El apoyo familiar percibido por las mujeres con cáncer de mama influya en sus respuestas adaptativas de cuidado.
- ✚ La edad, el estado civil, la escolaridad estén relacionadas con el apoyo familiar, las respuestas adaptativas de cuidado y el distrés percibido por las mujeres.
- ✚ Exista una relación entre el apoyo familiar y el distrés.

#### **4.- METODOLOGÍA.**

Este trabajo surge del macroproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas, Proteómicas en Salud Pública, de las líneas de investigación en mujeres con cáncer de mama donde de manera conjunta se trabajó con el Instituto Nacional de Cancerología, Facultad de Medicina y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, inserta en esta línea se trabajó el proyecto Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas del cuidado en mujeres con cáncer de mama con clave NEEGSPS-UNAMSDEI.PTID.05.3, en esta tesis se documentan los hallazgos encontrados en la prueba piloto, con base al modelo de Callista Roy en los modos fisiológico y de interdependencia.

##### **4.1.- Tipo de estudio.**

Observacional, Transversal, Analítico.

##### **4.2.- Población.**

La población en estudio estuvo constituida por mujeres con cáncer de mama que son atendidas en un hospital de 3er nivel de atención.

##### **4.3.- Muestra**

La muestra de estudio se seleccionó por conveniencia en un grupo de 170 mujeres con cáncer de mama. Se acudió al servicio de tumores mamarios para la revisión de expedientes electrónicos con el fin de identificar cada día a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, a las cuales se les explico ampliamente el objetivo del estudio y la importancia de su participación, de aceptar se solicitó el llenado y firma de carta de consentimiento informado.

El instrumento se realizó a partir de los hallazgos de la fase cualitativa y de la revisión de la literatura.

#### 4.3.1.- Criterios de inclusión.

- Mujeres con 24 meses o más del diagnóstico
- Mujeres que asistieron a consulta de control.
- Que supieran leer y escribir
- Que hablaran español
- Que residan en el D.F y área metropolitana.

#### 4.3.2.- Criterios de exclusión.

- Mujeres que no aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres que no cumplieron con los criterios de inclusión.

#### 4.4.- Variables de estudio.

**4.4.1.- Variables socio demográficas:** esta nos permitirá analizar características de la población en estudio.

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| ✚ Edad de la persona       | ✚ Antecedentes de cáncer de mama                                 |
| ✚ Estado civil             |  |
| ✚ Escolaridad              | ✚ Tiempo en meses de haber sido diagnosticada con cáncer de mama |
| ✚ Lugar de residencia      |  |
| ✚ Ocupación                |  |
| ✚ Actualmente tiene pareja | ✚ Padece otra enfermedad   |
| ✚ Vive con su pareja       |  |

#### 4.4.2.- Variables principales.

##### **Apoyo Familiar:**

Son las acciones que realiza la familia para favorecer en la mujer la expresión de sus preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad, el fomento de actividades de cuidado a la salud que favorezcan la independencia y los sentimientos de autocontrol y fomento de la adaptación y recuperación en un entorno terapéutico.<sup>20</sup>

### **Respuestas adaptativas:**

Se refiere a aquellas conductas observables que promueven el cuidado a la salud de la mujer con cáncer de mama, se expresan en términos de metas: *supervivencia* (nutrición, eliminación, protección, actividad y descanso, función endocrina, neurológica, líquidos y electrolitos), *desarrollo* (psicológico, familiar, social, espiritual, sexualidad) y de *dominio* (cuidados que realiza la mujer, aprendizajes a partir de la enfermedad).<sup>24</sup>

### **Distrés:**

El distrés es una experiencia multifactorial psicológica (cognitivo, emocional), social y de carácter espiritual, que puede interferir con la capacidad para hacer frente eficazmente al cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. El distrés se extiende de un proceso continuo, que van desde los sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y el temor que los problemas, que pueden aislamiento social y crisis existencial y espiritual.<sup>22</sup>

### **4.5.- Consideraciones éticas:**

Dentro del aspecto ético de esta investigación fue basada por lo establecido a la Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, donde se menciona que el bienestar de toda persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses. Promover el respeto, y proteger su salud y sus derechos individuales.

Además se consideran que en toda investigación es deber del profesional de salud, proteger la vida, la salud, dignidad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participan en la investigación.

El protocolo de la investigación fue evaluado y aprobado por los comités científicos y de ética de la institución donde se llevó a cabo el estudio.

## 5.- Procedimiento:

### 5.1.- Para la recolección de datos.

El instrumento se diseñó para ser auto-administrado sin embargo en algunos casos fue necesario llenarlo mediante una entrevista, el tiempo de respuesta fue de 20 minutos y esto dependía también de las condiciones en las que se encontraba cada una de las pacientes.

Durante la aplicación se contestaron las dudas y atendieron las inquietudes de las mujeres, proporcionando información clara y precisa. Se le auxilia al llenado del instrumento y nunca se le dejó sola.

### 5.2.- Instrumento de medición:

El instrumento está dividido en 4 dimensiones:

1.- Sociodemográficas con 17 ítems, la mayoría con respuestas dicotómicas y en cadena.

Se consideraron 2 preguntas con respecto a su tratamiento que ha recibido en este momento y que ya ha recibido con anterioridad, ambas con sus 5 respuestas dicotómicas (quimioterapia, tipo, hormonoterapia, radioterapia o cirugía) y 3 en cadena (número de sesión quimioterapia, hormonoterapia o cirugía).

2.- Apoyo Familiar: se divide en 2 dimensiones. Con una confiabilidad de alfa de Cronbach de .89

✚ **Expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos:** consta de 7 ítems en una escala tipo Likert donde 1 es Siempre y 5 es Nunca.

✚ **Fomento de actividades de autocuidado que favorezcan la independencia y los sentimientos de autocontrol:** consta de 13 ítems en una escala tipo Likert donde 1 es Siempre y 5 es Nunca.

Para complementar la dimensión de apoyo familiar se anexaron 6 preguntas de tipo de apoyo con una confiabilidad de alfa de Cronbach de .74:

- ✚ **Marque aquellas personas que le han ofrecido apoyo durante el diagnóstico.** Con 13 opciones de respuesta (1=Ninguno, 2= pareja, 3=Madre, 4=Padre, 5=Hija, 6=Hijo, 7=Nuera, 8=Yerno, 9=Amiga, 10=Amigo, 11=Otro paciente, 12=otro, 13=Especifique) donde puede marcar más de una opción.
  
- ✚ **Cuál de ellos es su principal cuidador.** Con 13 opciones de respuesta (1=Ninguno, 2= pareja, 3=Madre, 4=Padre, 5=Hija, 6=Hijo, 7=Nuera, 8=Yerno, 9=Amiga, 10=Amigo, 11=Otro paciente, 12=otro, 13=Especifique).
  
- ✚ **Tipo de apoyo recibido de su familia durante el tratamiento de su la enfermedad.** Con 6 respuestas dicotómicas donde 1 es Si y 2 es No y una respuesta en cadena.
  
- ✚ **Comportamientos que ha notado principalmente por parte de la familia durante su tratamiento.** Con 6 respuestas dicotómicas donde 1 es Si y 2 es No y una respuesta en cadena.
  
- ✚ **Aspectos que se han visto más afectados al interior de su familia por su enfermedad.** Con 4 respuestas dicotómicas donde 1 es Si y 2 es No. Y una pregunta abierta.
  
- ✚ **Ajustes personales que ha realizado como consecuencia de su enfermedad.** Con 3 respuestas dicotómicas donde 1 es Si y 2 es No y una respuesta en cadena.

### 3.- Respuestas adaptativas.

- ✚ **Modo fisiológico: Signos y síntomas que ha presentado durante el tratamiento,** consta de 47 ítems, todos con su respuesta dicotómica donde 1 es Si y 2 es No y su respuesta de cadena sobre que ha hecho para disminuir el síntoma. Confiabilidad alfa de Cronbach de .90

- ✚ **Respuestas adaptativas de cuidado:** consta de 19 ítems, todos con su respuesta dicotómica donde 1 es Si y 2 es No. Confiabilidad alfa de Cronbach .80

Se anexaron 10 ítems con respecto a qué tipo de alimentación que lleva durante el tratamiento, en una escala de tipo Likert donde 1 es Nunca y 5 es Siempre

#### 4.- Distrés.

El distrés puede ser medido y monitoreado a través del termómetro de distrés, escala análoga visual del 0 al 10 en pacientes con cáncer, validada en varios países e idiomas, entre ellos en México.<sup>22</sup>

- ✚ **Factores que ocasionan el distrés,** consta de 33 ítems, con respuestas dicotómicas en donde 1 es Si y 2 No, divididos en 5 dimensiones: problemas prácticos, problemas familiares, problemas emocionales, problemas espirituales/religiosos y problemas físicos. Con una confiabilidad de Cronbach de .82

- ✚ **Escala del distrés:** consta de una escala análoga del 0 al 10 donde se identifica el nivel de estrés que experimenta durante la semana. Su calificación es 0-4 como estrés no significativo y del 5-10 como estrés significativo. Esta escala fue validada para la población mexicana en pacientes con cáncer.<sup>36</sup>

#### 5.3.- Para el análisis de datos:

El análisis de datos obtenidos se procedió a realizar una base de datos, la cual se elaboró con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 15. Para la caracterización de la muestra se utilizaron pruebas mediante frecuencias y porcentajes. Se utilizaron pruebas estadísticas dependiendo el nivel de medición de las variables principales.

## 6.- RESULTADOS

### 6.1.- Caracterización de la muestra.

La población de estudio estuvo constituida por 159 mujeres. El promedio de edad es de  $48 \pm 12$ , al agrupar por grupo de edad el porcentaje más alto corresponde al grupo de 18 a 42 años con el 35%, con relación al estado civil el 61% son casadas-unió n libre, el 18% son solteras, 11% son divorciadas-separadas y el 10% son viudas. El 65% de las mujeres posee pareja y el 35% y el 79% de ellas tiene hijos.

En el nivel escolar el 61% cuentan con nivel básico (primaria-secundaria), el 20% con un nivel medio superior (bachillerato-carrera técnica), solo el 11% cuenta con un nivel superior y el 8% no cuenta con estudios.

En la religión, se encontró que la mayoría de la población es católica con un 80%. Con relación a su ocupación el 70% es ama de casa, el 15% trabaja y el 15% realiza ambas actividades.

Con respecto al tipo de tratamiento se encontró que el 67% de las mujeres reportó haber recibido previamente quimioterapia, el 18% hormonoterapia, 36% radioterapia y 54% cirugía. Y actualmente el 50% recibe quimioterapia, 9% hormonoterapia, 13% radioterapia y 24 % cirugía.

El 43% de las mujeres tiene antecedentes de cáncer de mama **Cuadro I.**

### 6.2.- Apoyo Familiar

La variable apoyo familiar se evaluó en dos dimensiones: expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos y fomento de actividades de autocuidado. Los ítems de cada una de estas dimensiones se sumaron y al final se sumaron las dos dimensiones para dar origen a la variable Apoyo familiar total.

- **Expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos**

Al cruzar la variable expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos negativos con las características sociodemográficas se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre las mujeres con hijos y sin hijos, ( $t=-3.104$ ,  $gl=157$ ,  $p<0.015$ ) ya que las mujeres que tiene hijos perciben más expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos ( $38\pm7$ ) que aquellas que no tienen pareja ( $33\pm10$ ) **Figura 1.**

Con forme al estado civil de las mujeres se encontraron diferencias estadísticas significativas en la percepción de expresiones, molestias y sentimientos negativos ( $F= 3.134$ ,  $gl= 3$ ,  $p= 0.027$ ). Sin embargo por prueba Posthoc Tukey no establece las diferencias al interior de los grupos, aunque llama la atención que las mujeres casadas-Unión libre ( $38\pm7$ ) y Viudas ( $39\pm8$ ) tiene más percepción de expresión de preocupaciones a diferencia que las solteras ( $33\pm8$ ) y las separadas-divorciadas ( $34\pm10$ ) **Cuadro 2.**

Así mismo, en esta dimensión cruzaron las demas variables sociodemograficas (grupo de edad, escolaridad, tiene pareja, religion, ocupaciòn, antecedentes CaMa y Tx previos y actuales) pero no se encontraron resultados estadísticamente significativos.

- **Fomento de actividades de autocuidado**

Al cruzar la variable fomento de actividades de autocuidado con las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con pareja y sin pareja ( $t=-2.898$ ,  $gl=157$ ,  $p<0.012$ ), ya que las mujeres con pareja perciben más expresión de preocupaciones, molestias y sentimientos ( $38\pm7$ ) que aquellas que no tienen pareja ( $35\pm13$ ) **Figura 2.**

Con respecto al estado civil se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres casadas-unión libre, solteras, separadas-divorciadas y viudas ( $F= 6.184$ ,  $gl= 3$ ,  $p= 0.001$ ), el grupo que da la diferencia son las casadas-unión libre ( $40\pm9$ ) y viudas ( $40\pm10$ ) ya que perciben más fomento de actividades de autocuidado que las solteras ( $33\pm13$ ) y las separadas-divorciadas ( $32\pm14$ ) **Cuadro 2.**

Se cruzaron las demas variables sociodemograficas (grupo de edad, edo.civil, escolaridad, tiene hijos, religion, ocupaciòn, antecedentes CaMa y Tx previos y actuales) pero no se encontraron resultados estadisticamente significativos.

- **Apoyo familiar total**

Al cruzar la variable apoyo familiar total con las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que tienen pareja y aquellas que no tienen ( $t=-2.766$ ,  $gl=157$ ,  $p<0.018$ ), ya que las mujeres que perciben más apoyo familiar total son las que tienen pareja ( $78\pm13$ ) que aquellas que no tienen pareja ( $70\pm21$ ) **Figura 3.**

También se encontró que las mujeres que tienen hijos perciben más apoyo familiar total ( $38\pm7$ ) que aquellas que no tienen hijos ( $33\pm10$ ), y esta diferencia es estadísticamente significativo ( $t=-2.534$ ,  $gl=157$ ,  $p<0.041$ ) **Figura 4.**

De igual manera, cuando se exploró la dimensión de apoyo familiar total por estado civil se encontró que las mujeres casadas-uniòn libre ( $78\pm13$ ) y las viudas ( $81\pm18$ ) tienen más apoyo a comparación de las solteras ( $67\pm21$ ) y las separadas-divorciadas ( $60\pm22$ ) y esto es estadísticamente significativo ( $F=5.873$ ,  $gl=3$ ,  $p=0.001$ ). Esto se relaciona con lo anterior ya que las mujeres casadas tienen pareja y tienen una mayor percepción de Apoyo familiar Total.

## **Cuadro 2.**

El apoyo familiar total tambien se cruzo las demas variables sociodemograficas (Grupo de edad, Edo.civil, Escolaridad,Tiene hijos,Religion, Ocupaciòn, Antecedentes CaMa y Tx previos y actuales) pero no se encontraron resultados estadisticamente significativos.

Para las variables tipos de apoyo (emocional, moral, economico y espiritual) se realizó el análisis con las variables sociodemográficas en el cual se encontró que la proporción de mujeres con pareja que posee apoyo emocional es mayor (88%) que aquellas mujeres que no lo tienen (12%). De igual manera, la proporción de mujeres con apoyo emocional por ocupación es diferente, ya que

se encontró que es mayor la proporción de mujeres amas de casa con apoyo emocional (70%), a diferencia de las mujeres que trabajan (18%) y las que realizan ambas cosas (12%) y estas diferencias son estadísticamente significativas ( $\chi^2 = p < 0.05$ ).

Por otra parte, la proporción de mujeres con pareja que cuentan con apoyo económico es mayor (68%), a diferencia de las mujeres que no cuentan con este (32%). Con forme al apoyo moral por ocupación, es mayor la proporción de mujeres amas de casa (70%), a diferencia de las mujeres que trabajan (18%) y las que realizan ambas actividades (12%). De igual manera por estado civil, es mayor la proporción de mujeres casadas-uniión libre (60%), a diferencia de las mujeres solteras (20%), las divorciadas-separadas (9%) y las viudas (11%) y es estadísticamente significativo ( $\chi^2 = p < 0.05$ ).

También se encontró que la proporción de mujeres con apoyo espiritual de 18 a 42 años (38%) es diferente entre las mujeres de 43 a 52 años (36%) y de 53 años y más (26%) y tambien es estadisticamente significativo ( $\chi^2 = p = 0.024$ ).

Por otra parte, se encontró que no existe relacion inversamente proporcional entre apoyo familiar y respuestas adaptativas de cuidado, pero si es estadisticamente significativo ( $r_p = -.208$ ,  $p = 0.009$ ) lo que llama la atención que entre mas apoyo familiar perciban las mujeres mas respuestas adaptativas tienen. **Figura 5.**

### **6.3.- Respuestas adaptativas de cuidado (RAC)**

Se cruzó la variable RAC con escolaridad y se encontró una diferencia estaditicamente significativa ( $t = 2.972$ ,  $g = 157$ ,  $p < 0.034$ ), las mujeres con nivel basico ( $8 \pm 4$ ), nivel medio superior ( $10 \pm 3$ ) y superior ( $10 \pm 5$ ) tienen mas RAC que las mujeres que no tiene estudios ( $6 \pm 4$ ), pero no hay grupo que de la diferencia por prueba Posthoc Tukey y Dunnett. **Figura 6.**

Por otra parte al analizar la relación entre la edad y las RAC no se encontró una relación lineal , sin embargo como se puede observar en la gráfica hay una

tendencia inversamente proporcional entre estos, lo que quiere decir que entre a mayor edad menores RAC adoptan las mujeres y esto es estadísticamente significativo ( $r_p = -.209$ ,  $p = 0.008$ ), **Figura 7**.

De igual manera se cruzaron las RAC con las demás variables sociodemográficas (Grupo de edad, Edo.civil, Tiene pareja, Tiene hijos, Religion, Ocupación, Antecedentes CaMa y Tx previos y actuales) pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

#### 6.4.- Distrés

La variable de nivel estrés fue reportada por las mujeres en una escala del 0 al 10, recodificando una nueva variable dicotómica donde del 0 al 3 es estrés no significativo y del 4 al 10 estrés significativo y se cruzó con las variables sociodemográficas. La media de edad de estrés en las mujeres con CaMa fue de  $(5 \pm 3)$ .

Con respecto al estado civil de las mujeres, se encontró que las mujeres viudas manejan niveles menores de estrés  $(3 \pm 3)$ , a diferencia de las mujeres solteras  $(5 \pm 3)$ , las casadas-unión libre () y las separadas-divorciadas  $(4 \pm 3)$  que manejan mayores niveles de estrés significativo ( $F = 3.430$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.019$ ).

Por grupo de edad se encontró que el grupo de 18 a 42 años son los que manejan mayores niveles de estrés  $(5 \pm 3)$  a diferencia del grupo de 43 a 52 años  $(5 \pm 3)$  y de 53 y más años  $(4 \pm 3)$  y es estadísticamente significativo ( $F = 3.047$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.05$ ). **Figura 8**.

Se cruzaron las demás variables sociodemográficas por nivel de estrés pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Para analizar la presencia de síntomas con el nivel de estrés, se agrupó como variable independiente la presencia o ausencia de los síntomas y se aplicó la prueba t Student. Y encontró que los signos y síntomas que generan niveles de estrés significativos en las mujeres son las náuseas  $(5 \pm 3)$ , pérdida del sabor de

la comida ( $5\pm 3$ ), el rechazo a la comida ( $5\pm 3$ ), agudización del olfato ( $5\pm 3$ ), cambio en la coloración de la orina ( $6\pm 4$ ), sudoración ( $5\pm 3$ ), deshidratación ( $6\pm 3$ ), cambios en la temperatura corporal ( $6\pm 3$ ), resequedad en la piel ( $5\pm 3$ ), descamación ( $6\pm 3$ ), irritación de piel ( $6\pm 4$ ), sueño intranquilo ( $5\pm 3$ ) y cambios en el ciclo del sueño ( $5\pm 3$ ). Todos estos signos y síntomas tienen una diferencia estadísticamente significativa ( $t=p > 0.05$ ).

Un dato muy importante que se encontró es que la variable que mejor predice el estrés en el 56% de las mujeres son sus problemas sexuales (RM= 3.356, IC<sub>95%</sub>= 1.007-11.183  $p= 0.046$ ), lo que quiere decir que las mujeres que tienen problemas sexuales tiene 3 veces más riesgo de tener estrés y esto es estadística y clínicamente significativo. **Cuadro 3**

## 7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En México, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por procesos tumorales en mujeres mayores de 25 años.<sup>3</sup> El diagnóstico ocasiona una modificación del curso natural de la vida de la mujer, sus actividades diarias, trabajo, relaciones y el funcionamiento del ciclo familiar, produciendo un elevado grado de estrés psicológico, que no solo afecta a la mujer sino también a la familia, cuyo apoyo de la familia es fundamental ya que fomenta y potencia habilidades para afrontar la enfermedad y tener una mejor adaptación y calidad de vida.

Los resultados de este estudio piloto, se encontró que no existe una relación entre el apoyo familiar y las respuestas adaptativas de cuidado, sin embargo el valor de “p” fue estadísticamente significativo, por lo que podemos inferir que entre más apoyo familiar perciba la mujer con CaMa, mayores son sus respuestas para adaptarse a la enfermedad. Estos hallazgos concuerdan con un estudio de metodología cualitativa realizado en Brasil, en el que señala que 12 de las mujeres encuestadas, el 100% revelan que la familia es el principal apoyo para hacer frente a la enfermedad como el cáncer, y que además la construcción de estrategias de supervivencia o de cuidado puede verse afectado por la falta de apoyo y coalición familiar.<sup>10</sup> Teniendo en cuenta estos datos sabemos que el apoyo familiar es el mejor sustento para una mejor calidad de vida para la mujer y la familia.

Por otro lado, diversas investigaciones con diferentes metodologías plantean y evidencian los efectos beneficiosos que tiene el apoyo familiar y el apoyo conyugal en la mujer con CaMa ya que estos favorecen una mayor adaptación psicológica a la enfermedad.<sup>7,20-21,29,39</sup> Lo que concuerda con esta investigación, es que las mujeres que tienen pareja actualmente, tienen mayor percepción de apoyo familiar, lo que quiere decir que la pareja es significativa para la mujer, ya que se considera que el cónyuge actúa como un estímulo contextual que brinda el principal apoyo y sustento para una mejor calidad de vida. Esto puede verse relacionado con una investigación la cual revela datos importantes sobre la pareja, ya que hace énfasis en que el diálogo con la pareja es de vital importancia, y que el estímulo de la pareja ayuda a que la

mujer se sienta querida, admirada y apreciada. Sin embargo, también señala que la separación puede estar presente frente a un diagnóstico como el cáncer.<sup>41</sup>

Los pacientes de este estudio en su mayoría son mujeres casadas o tiene una relación en unión libre, lo que se llega a pensar que con base a lo anterior el tener pareja o matrimonio ayuda significativamente a la mujer. Entonces es importante mencionar que el estado civil influye en la percepción de apoyo familiar y las respuestas adaptativas. Similar a esto se concuerda con otro estudio, que revela que el matrimonio ayuda a disminuir efectos negativos y neutraliza la tensión producida por la enfermedad. También demuestra que gente casada y de diferente edad se adaptan mejor a una enfermedad crónica y tiene una mejor calidad de vida que la gente soltera o sin pareja.<sup>29</sup> Por tal motivo, enfermería quien establece una estrecha relación con la mujer, realice intervenciones especializadas tales como el manejo de intimidad con la pareja y la sexualidad que puedan ayudar y fomentar una buena relación de pareja.

Retomando lo anterior, se reveló que al tener más apoyo familiar la mujer, mejor son las respuestas adaptativas de cuidado que manifiesta ante la enfermedad. Con respecto a esto, existe poca evidencia para analizar los resultados de este estudio. En una investigación realizada en Brasilia con un enfoque cualitativo obtuvo resultados con forme a la familia en el proceso salud enfermedad de la mujer con CaMa en el cual concluyó que la familia es el principal apoyo para que la mujer pueda afrontar mejor la enfermedad, y que al acompañar el proceso salud enfermedad de la mujer ayuda a facilitar su curación y contribuye su condición emocional.<sup>42</sup> Sin embargo, otras investigaciones señalan que de acuerdo al tipo de tratamiento de la mujer mejor va a ser su adaptación, por lo que hace énfasis que las mujeres que tuvieron cirugía conservadora favorece mejor la adaptación de la enfermedad a diferencia de las mujeres que tuvieron mastectomía.<sup>21</sup> Por lo que el tipo de tratamiento debe ser una variable a considerar en futuros estudios ya que puede considerarse como un estímulo residual que influye en la adaptación de la mujer.

Otro dato significativo fue que el tener hijos también influye en que la mujer perciba mayor apoyo familiar. Esto va en relación a una investigación realizada en España que midió la búsqueda de armonía en mujeres con cáncer de mama y señala que la presencia de hijos influye en la búsqueda de armonía consigo misma, la cual se manifiesta en sacrificar sus necesidades para mantener relaciones cordiales y armoniosas con la familia y amigos.<sup>43</sup> Estos datos similares ayudan a deducir que la presencia de hijos en la familia ayuda a que las mujeres expresen sus preocupaciones, molestias y sentimientos negativos y tengan una mejor coalición familiar. Por el contrario, otros autores revelan que el tener hijos y que sean menores de 23 años es una de las preocupaciones más estresantes, ya que señalan que las mujeres tienen sentimientos de culpa por no cumplir con el papel de madre.<sup>39,44</sup>

Por lo que hay que indagar más al respecto con esta variable, ya que las mujeres que no tienen hijos son más susceptibles a desarrollar trastornos psicopatológicos durante la enfermedad, ya que el apoyo familiar es esencial para la adaptación al cáncer. Enfermería debe implementar diversas intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida e identificar el propio sentido de control, y reducir factores de riesgo en un esfuerzo por alcanzar un funcionamiento más equilibrado y adaptativo de vida,

Un hallazgo importante sobre las respuestas adaptativas de cuidado, depende de su nivel máximo de estudios ya que se reveló que las mujeres que tienen estudios básicos, medio superior y superior adoptan más respuestas a la enfermedad que las mujeres que no tienen estudios. Esto se ve relacionado con otras investigaciones realizadas en Medellín en el cual obtuvieron resultados sobre la calidad de vida de la mujer por su nivel de estudios, señalando que tienen mejor calidad de vida las mujeres con mayor nivel académico y establecen que esto se debe porque la mujer con mayor nivel académico tiene más conciencia y responsabilidad respecto a los cuidados del tratamiento y por lo tanto se adhieren mejor al mismo.<sup>45</sup> Por lo anterior, podemos deducir ya que la escolaridad es un factor interviniente que influye en las respuestas adaptativas, teniendo en cuenta que el tener conocimiento ayuda a la mujer el saber qué hacer en la enfermedad.

El diagnóstico de cáncer de mama suele ser desastroso y estresante. La aplicación de del termómetro del distrés con forme al punto de corte evidenció que más de la mitad de la población tiene distrés significativo como consecuencia del diagnóstico. Esto nos demuestra que una enfermedad como el cáncer es un factor estresante que puede llegar a desencadenar trastornos psicológicos si no se detecta e interviene oportunamente. Esto concuerda con otros estudios que midieron de igual manera el distrés en pacientes con cáncer, reveló que más de la mitad de su población se encuentra con distrés significativo, llegando a la conclusión que es inevitable tener estrés cuando te diagnostican una enfermedad como el cáncer.<sup>36</sup>

Uno de los factores relacionados con las pacientes que se ven claramente asociado con la adaptación es la edad, ya que en este estudio se encontró que entre menos años tenga la mujer, mayores niveles de distrés maneja. Esto va relacionado con un estudio en el que describe que las mujeres jóvenes presentan niveles de distrés significativo a diferencia que las mujeres adultas, y asegura que una edad inferior de 50 años es identificada como factor de riesgo psicopatológico.<sup>21</sup> Es importante para futuros estudios, indagar sobre cómo se afecta la función de rol por el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, particularmente n las mujeres en edad reproductiva y productiva para identificar su relación con la presencia del distrés, así como las intervenciones que contribuyan a mejorar la adaptación de la mujer en esta situación.

Otros autores revelan que la incidencia de malestares emocionales o distrés se encuentran presentes en mujeres solteras, mientras que las mujeres casadas o con pareja puede modular el estado emocional o distrés, permitiendo una mejor adaptación a la enfermedad.<sup>46</sup> Por lo contrario, en este estudio se encontró que tanto las mujeres solteras como las casadas manejan los mismos niveles de distrés y las mujeres viudas son las que tiene menos distrés.

Un dato muy importante que se encontró es que la variable que mejor predice el estrés en las mujeres son sus problemas sexuales, lo que quiere decir que las mujeres que tienen problemas sexuales tienen más riesgo de tener estrés significativo.

Sería interesante que se llevaran a cabo otro tipo de investigaciones que permitan indagar más a fondo el apoyo familiar en pacientes con neoplasias, pero de más importancia al cáncer de mama que implica no solo el estado físico de la mujer si no su estado psicológico.

## 8. CONCLUSIONES

El cáncer de mama afecta cada vez más a las mujeres, y es preocupante observar el impacto de la enfermedad en su estado físico, psicológico, espiritual y social, pero esto se ve favorecido cuando la mujer cuenta con apoyo de su familia y la sociedad, además el rol de enfermería es construir estrategias que beneficien a la paciente y su entorno.

En esta investigación se pudo observar que el apoyo familiar no se relacionan con las respuestas adaptativas de cuidado, es decir, con el hecho que las mujeres se adapten mejor a la enfermedad, por lo que se rechaza la hipótesis nula parcialmente ya que por criterios de Colton no hay relación entre apoyo familiar y respuestas adaptativas pero si es estadísticamente significativo, por lo que podemos suponer que entre más apoyo familiar perciban las mujeres mejores respuestas adoptan en el proceso de enfermedad.

Con relación a la segunda hipótesis en el estudio se pudo identificar que las mujeres que no tienen pareja y que no tienen hijos son más vulnerables a no percibir apoyo familiar, por lo que es importante identificar a estas mujeres y construir una fuente de apoyo que pueda sustituir parcialmente esta carencia como la incorporación a grupos para que transite esta experiencia de la mejor manera. Así mismo, seguir reforzando en la familia de las mujeres con cáncer de mama la importancia del apoyo del esposo para favorecer la adaptación a la enfermedad.

Con forme a las demás variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el apoyo familiar, por lo que se requiere de otras investigaciones para comparar poblaciones iguales que puedan arrojar resultados definitivos y determinen otros factores que ayuden a la mujer a afrontar mejor la enfermedad.

Como se demostró, el diagnóstico de cáncer de mama es un factor que influye en la presencia de distrés significativo en mujeres menores de 50 años, por lo que enfermería debe enfocar diversas estrategias de cuidado en estos grupos de edad que puedan ayudar en el control del estrés, identificándolas por medio

de la escala análoga del distrés, e intervenir precozmente para detectar trastornos adaptativos que puedan repercutir en su calidad de vida.

Así mismo, el nivel educativo influye en que las mujeres tengan más respuestas adaptativas de cuidado durante la enfermedad, por lo que se deduce que el conocimiento es indispensable para el cuidado de su persona durante el proceso de la enfermedad. Debido a esto, el personal de salud y enfermería quien pasa el mayor tiempo con la mujer debe implementar intervenciones que ayuden a la mujer a saber más al respecto a su enfermedad y saber qué hacer para controlar la sintomatología que desencadena los tratamientos.

Por otro lado, no existe relación entre el apoyo familiar y el distrés por lo que se rechaza la 3<sup>a</sup>. hipótesis nula, ya que el tener apoyo familiar no influye en que la mujer no desencadene distrés. Por lo que se requiere indagar en otras investigaciones sobre esta variable.

En vista de toda esta evidencia, es prudente destacar que en la evaluación de la mujer con cáncer de mama, deberían ser resaltados los aspectos psicosociales y ser utilizados de forma integral como cuidado del personal de salud, realizando intervenciones oportunas que favorezcan una mejor adaptación, que pueda traducirse, no solo en mejorar la calidad de vida si no tener un mejor pronóstico ante la enfermedad.

Es importante continuar con la presente línea de investigación, revalidar y extender estos hallazgos mediante diseños de investigación de mayor alcance metodológico.

## 9. Bibliografía.

<sup>1</sup> OMS 2008. La lucha contra el cáncer tiene que ser una prioridad de desarrollo. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s09/es/index.html> Fecha de acceso: 31-05-11.

<sup>2</sup> Cáncer de mama "Tómatelo a pecho". Instituto Carso de la Salud: México 2008.

<sup>3</sup> Meza-Fernández ME, Vecchi-Martini E. El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. Salud Pública Méx 2009; 51 (2): 329-334. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2009/suplemento%202/23-movement.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2009/suplemento%202/23-movement.pdf) Fecha de consulta: 31-05-11.

<sup>4</sup> Romero-Figueroa MS, Santillán-Arreygue L, Olvera-Hernández PC, Morales-Sánchez MA, Ramírez-Mendiola VL. Frecuencia de factores de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(11):667-72. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/noviembre2008/Gineco76-11-667-72.pdf> Fecha de consulta: 31-05-11.

<sup>5</sup> Ester-Brandan M, Villaseñor-Navarro Y. Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México, Brandan y Villaseñor, Cancerología 1 (2006): 147-162. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172289111.pdf> Fecha de consulta: 31-05-11.

<sup>6</sup> INEGI 2011. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer: Datos nacionales. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas//2011/cancer11.asp?s=inegi> Fecha de acceso: 31-05-11.

<sup>7</sup> Ostiguín-Meléndez RM, Pérez-Zumano SE, Bernal-Becerril M, Amador-Buenabad NG. Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al Apoyo Familiar. Revista Enfermería Universitaria ENEO UNAM 2008; 5 (1): 10-15. Fecha de consulta: 31-05-11

<sup>8</sup> Sardyñas-Ponce R. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Policlínico Universitario Rampa. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300005&script=sci_arttext) Fecha de consulta: 07-07-11.

<sup>9</sup> Oliveira-Barros d, Mendoça-Lopes RG. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxilio. REBEn Brasilia 2007; 60(3):295-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a09.pdf> Fecha de consulta: 01-09-2011.

<sup>10</sup> Gómez-Busto F. La familia ante las demencias y otras enfermedades progresivas. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Disponible en: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/familia-en-la-terminalidad/010-LA-FAMILIA-ANTE-LAS-DEMENCIAS-Y-OTRAS-ENFERMEDADES-PROGRESIVAS-MEZ%20BUSTO.pdf> Fecha de consulta: 01-06-11.

<sup>11</sup> Estremero J, Gacia Bianchi X. Familia y ciclo vital familiar. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>

<sup>12</sup> Yélamos AC, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Disponible en: <http://www.sovpal.org/upload/publica/necesisades-psicosociales/enfermo-en-el-final-de-la-vida/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf> Fecha de consulta: 08-07-11.

<sup>13</sup> Instituto "Sharett" de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel. *Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology 2003;3(1):505-520. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-85.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf) Fecha de consulta: 05-07-11.

<sup>14</sup> Mesquita-Melo E, Magalhães da Silva R, De Almeida AM, Carvalho-Hernández AF, Mota-rego CD. Comportamentos da familia diante do diagnostico de câncer de mama. Enfermería Global. Mayo 2007; ISSN 1695-6141. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F237%2F227&rct=j&q=Comportamentos%20da%20familia%20diante%20do%20diagnostico%20de%20c%3A%20cancer%20de%20mama%2C%20Enfermeria%20Global&ei=2HvhTe-QAqrjIAK1uZmYBg&usg=AFQjCNF1fYjkVZomZtcKXZNdAAxWllpFqg> Fecha de consulta: 09-07-11.

<sup>15</sup> Martín-Corral M. J, Pérez-Izquierdo J. El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre medicina* 2007; 18(2): 108-113. Disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol18-n2-art6-impacto-psicologico.pdf> Fecha de consulta: 10-07-11.

<sup>16</sup> Gillen-Aguirre N, Osorio-Cruz E. Apoyo familiar a personas con cáncer. (Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería). Minatitlán Ver., Facultad de Enfermería-Universidad veracruzana, 2010. Fecha de consulta: 13-07-11

<sup>17</sup> Cantú-Gúzman R, Álvarez-Bermúdez J. Sucesos vitales y Factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y salud*, México 2009; 19(1):21-32. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29111983002.pdf> Fecha de consulta: 13-07-11.

<sup>18</sup> Molina JL, Fernández R, Llopis J. El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde las perspectivas de redes personales. *Portularia* 2008; 8(1): 61-76. ISSN1578-0236. Disponible en: [http://revista-redes.rediris.es/webredes/portularia/04\\_jose\\_luis\\_molina.pdf](http://revista-redes.rediris.es/webredes/portularia/04_jose_luis_molina.pdf) Fecha de consulta: 14-07-11.

<sup>19</sup> Muñoz Cavos F, Espinoza Almendro J.M, Portillo Strempe J, Rodriguez Gonzales de Molina G, La familia en la enfermedad terminal (II). *Medicina Familiar* 2002; 3(4): 262-268. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf> Fecha de consulta: 23-06-11.

<sup>20</sup> Maly R, Umezawa Y, Leake R, Silliman R. Mental Health Outcomes in folder with breast cancer: Impact of perceived family Support and adjustment. *Psycho-Oncology*. 2005; (14):535545. Fecha de consulta: 30-04-11.

<sup>21</sup> Cervera S, Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de psicología* Noviembre 2005; (320): 7-29. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf> Fecha de consulta: 12-05-11.

- <sup>22</sup> Almanza-Muñoz JJ, Rosario-Juárez I, Silva-Ortiz J, Huerta-Sánchez R. Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. AnMed México 2010; 55(1): 15-23. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101c.pdf> Fecha de consulta: 28-06-11.
- <sup>23</sup> Aquichan. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Redalyc. Colombia 2002; 2(2): 19-23. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300005&script=sci_arttext) Fecha de consulta: 23-06-2011.
- <sup>24</sup> Pérez-Zumano S, Martínez Tapia H, Sandoval-Alonso L. Modelo de adaptación de Callista Roy, aplicación práctica a la investigación. UNAM.NEEGPSP.SDEI.PTID.05.3. Libro en multimedia la Teoría de Enfermería Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. ENEO UNAM. México 2010.
- <sup>25</sup> 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.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim073c.pdf> Fecha de consulta: 27-06-2011.
- <sup>26</sup> Sister-Callista R. The Roy adaptation model. 3rd ed. London: PEARSON; 2008.
- <sup>27</sup> Londoño-Calle YC. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Revista Investigación y educación en enfermería. Colombia 2009; 27 (1): 70-77. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105213198007.pdf> Fecha de consulta: 19-06-2011.
- <sup>28</sup> Hernández M, Cruzado J.A, Arana A. Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. Psicooncología 2007; 4(1): 179-191. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0707120179A.PDF> Fecha de consulta: 15-07-2011
- <sup>29</sup> Lea-Baider (Sharett Institute of Clinical Oncology and Radiotherapy). Cáncer y su familia: aspectos teóricos y terapéuticos. ISSN 1576-7329. 2003; 3(1): 505-520. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-85.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf) Fecha de acceso: 06-05-11.
- <sup>30</sup> Gil-Moncayo FL, Costa-Requena G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en paciente con cáncer. MedClin Barcelona 2008; 130(3):90-2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v130n03a13115354pdf001.pdf> Fecha de consulta: 07-08-2011
- <sup>31</sup> Holland JC. The NCCNG guideline for Distress management: A case for making Distress the sixth sign. Journal of the National Compressive Cancer Network. Disponible en: <http://www.nccn.com/images/patient-guidelines/pdf/breast.pdf> Fecha de consulta: 13-05-11.
- <sup>32</sup> Rebolledo-García ML, Alvarado-Aguilar S. Distrés y cáncer. NeurolNeurocirPsiquiat.2006; 39 (1): 52-58. Disponible en: [http://www.fundacancer.com/imbiomed\\_distres\\_y\\_cancer.pdf](http://www.fundacancer.com/imbiomed_distres_y_cancer.pdf) Fecha de consulta: 22-05-11.
- <sup>33</sup> Chao-Pin H. Stress, symptoms distress, and symptoms self-management in localized prostate cancer. (Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología). Arizona, College of nursing-The University of Arizona. 2008. Disponible en: Fecha de consulta: 13-06-2011.

- <sup>34</sup> Monsalve V, Gómez-Carretero P, Soriano J. intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. PSICOONCOLOGÍA, 2006; 3(1):139-152. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUJCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130139A.PDF> Fecha de consulta: 23-06-11.
- <sup>35</sup> Holland JC, Yesne A. Management of distress in cancer patients. J Support Oncol, 2010;8: 4-12. Disponible en: [http://www.nursing.arizona.edu/Library/084\\_Hsiao\\_ChaoPin.pdf](http://www.nursing.arizona.edu/Library/084_Hsiao_ChaoPin.pdf) Fecha de consulta: 14-06-11.
- <sup>36</sup> Almanza-Muñoz JJ, Rosario-Juárez I, Silva-Ortiz J, de la Huerta-Sánchez R. Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. Rev Sanid Milit Mex 2009;63(4): 148-155. Disponible en: [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/sanidad\\_militar/Distres.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/sanidad_militar/Distres.pdf) Fecha de acceso: 03-05-11.
- <sup>37</sup> Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign- future directions in cancer care. PSYCO-ONCOLOGY, 2006;15: 93-95. Disponible en: <http://www.ucalgary.ca/files/drbarrybultz/Psycho-oncology15%282%29.pdf> Fecha de consulta: 09-06-11.
- <sup>38</sup> Escudero de los Ríos PM. La EMeO en lucha contra el cáncer. GAMO. Febrero 2010; 9(1): 1-2. Fecha de consulta: 27-06-11.
- <sup>39</sup> Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos y reacciones emocionales. PSICOONCOLOGIA. Barcelona 2009; 6(1): 27-42. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUJCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0909120027A.PDF> Fecha de consulta: 28-06-11.
- <sup>40</sup> Barroilhet S, Forjaz MJ, Garrido E. Conceptos, teorías y factores sicosociales en la adaptación del cáncer. Actas Esp Psiquiatr 2005; 33(6): 390-397. Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos.%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf> Fecha de consulta: 29-06-11.
- <sup>41</sup> Salci-Molina MA, Silvia-Marconi S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer namulher. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 514-20. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a08v59n4.pdf> Fecha de consulta: 02-09-11.
- <sup>42</sup> Silva Araújo J, Alves-Nascimento MA. Actuación de la familia frente al proceso salud-enfermedad del familiar con cáncer de mama. Rev Bras Enferm Brasília 2004; 57(3): 274-8. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000300003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300003&lang=pt) Fecha de consulta: 02-09-11
- <sup>43</sup> Sebastián J, León M. Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo c. Revista Latinoamericana Psychooncología Madrid 2009; 41(3): ISSN 0120-0534. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342009000300006&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000300006&lang=pt) Fecha de consulta: 02-09-11.

<sup>44</sup> Da Silva G, Antonio dos Santos M. Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative. Approach. Rev Latino-Am Enfermagem Brazil Sao Paulo 2010; 18(4):688-95. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/05.pdf> Fecha de consulta: 02-09-2011.

<sup>45</sup> Salas-Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2010; 28(1):9–18. Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1284351151.pdf> Fecha de Consulta: 02-09-11.

<sup>46</sup> Costa G, Ballester R. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. Psicooncología Barcelona; 7(2-3): 453-462. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC1010220453A> .PDF Fecha de consulta: 01-09-11

# ANEXOS

10.- ANEXOS

**Cuadro I.- Características sociodemográficas en un grupo de mujeres con cáncer de mama.**

VARIABLE	F	%
<b>Grupo de edad</b>		
• 18 a 42 años	56	35%
• 43 a 52 años	53	33%
• Mas de 53 años	50	32%
<b>Estado civil</b>		
• Solteras	29	18%
• Casadas-Unión libre	97	61%
• Divorciada-Separada	18	11%
• Viuda	15	10%
<b>¿Tiene hijos?</b>		
• Si	126	79%
• No	33	21%
<b>¿Tiene pareja?</b>		
• Si	104	65%
• No	55	35%
<b>Escolaridad</b>		
• Ninguno	12	8%
• Nivel básico	97	61%
• Nivel medio superior	32	20%
• Nivel superior	18	11%
<b>Religión</b>		
• Católica	127	80%
• Otras	32	20%
<b>Ocupación</b>		
• Ama de casa	112	70%
• Trabaja	24	15%
• Ambas cosas	23	15%
<b>Tratamiento previo</b>		
• Quimioterapia	107	67%
• Hormonoterapia	28	18%
• Radioterapia	57	36%
• Cirugía	85	54%
<b>Tratamiento actual</b>		
• Quimioterapia	80	50%
• Hormonoterapia	14	9%
• Radioterapia	20	13%
• Cirugía	38	24%
<b>Antecedentes CaMa</b>		
• Si	70	44%
• No	89	56%

**NOTA:** Los datos indican frecuencias y porcentajes; **N=159**

**Cuadro 2.-** Nivel de Expresión de Preocupaciones, Fomento Actividades de cuidado y Apoyo familiar total por estado civil.

<b>Variables</b>	<b>Solteras n=29</b>	<b>Casada-Unión Libre n=97</b>	<b>Separada- Divorciada n=18</b>	<b>Viuda n=15</b>
<b>Expresión de preocupaciones</b>	33±8*	38±7*	34±10*	39±8*
<b>Fomento de actividades de autocuidado</b>	33±13	40±9†	32±14	40±10†
<b>Apoyo familiar total</b>	67±21	78±13§	60±22	81±18§

**ANOVA de una vía con prueba posthocTukey**

§, †Soltera vs Casada-Unión libre vs Viuda p< 0.05

§, †Divorciada vs Casada-Unión libre vs Viuda p< 0.05

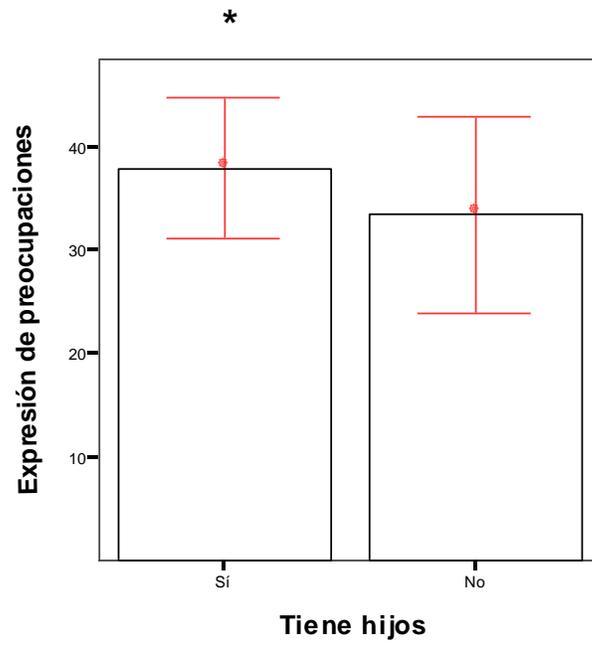
**Cuadro 3. Factores de riesgo para estrés.**

<b>Factor de riesgo</b>	<b>RM</b>	<b>IC95%</b>	<b>Valor p*</b>
<b>Problemas prácticos</b>			
• Vivienda	0.979	0.267-3.588	0.975
• Seguro medico/financiero	0.594	0.196-1.798	0.357
• Trabajo/Escuela	2.563	0.691-9.506	0.159
• Transporte	0.661	0.206-2.119	0.486
• Cuidado de niños	0.385	0.086-1.717	0.211
<b>Problemas familiares</b>			
• Relación con pareja	0.521	0.120-2.269	0.385
• Relación con los hijos	0.934	0.293-2.975	0.908
<b>Problemas emocionales</b>			
• Preocupaciones	0.649	0.173-2.426	0.520
• Temores	0.231	0.063-0.855	0.028*
• Tristeza	0.609	0.144-2.572	0.500
• Depresión	0.917	0.259-3.246	0.893
• Nerviosismo	0.977	0.291-3.285	0.970
• pérdida del interés actividad. usual	0.230	0.056-0.952	0.043*
Inquietudes espirituales o religiosas	0.305	0.104-1.181	0.091
<b>Problemas físicos</b>			
• Dolor	1.595	0.420-6.050	0.493
• Náuseas	0.586	0.195-1.758	0.340
• Cansancio	0.067	0.015-0.295	0.0001*
• Sueño	1.572	0.465-5.313	0.467
• Movilidad	3.172	0.726-13.858	0.125
• Dificultad bañarse/vestir	0.325	0.055-1.921	0.215
• Respiración	2.218	0.421-11.686	0.347
• Llagas bucales	4.154	0.534-32.303	0.174
• Alimentación	0.671	0.148-3.046	0.605
• Indigestión	1.498	0.192-11.700	0.700
• Estreñimiento	0.790	0.243-2.563	0.694

---

• <b>Diarrea</b>	<b>0.653</b>	<b>0.115-3.703</b>	<b>0.630</b>
• <b>Cambios en los hábitos de orinar</b>	<b>3.455</b>	<b>0.870-13.7712</b>	<b>0.078</b>
• <b>Fiebre</b>	<b>0.574</b>	<b>0.054-6.100</b>	<b>0.645</b>
• <b>Resequedad/picazón de la piel</b>	<b>0.366</b>	<b>0.108-1.243</b>	<b>0.107</b>
• <b>Resequedad/congestión nasal</b>	<b>1.333</b>	<b>0.298-5.963</b>	<b>0.707</b>
• <b>Cosquillo en manos/pies</b>	<b>2.222</b>	<b>0.498-9.911</b>	<b>0.295</b>
• <b>Sensación de hinchazón</b>	<b>0.608</b>	<b>0.126-2.948</b>	<b>0.537</b>
• <b>Sexuales</b>	<b>3.356</b>	<b>1.007-11.183</b>	<b>0.049*</b>

---



**Figura 1.- Expresión de preocupaciones, sentimientos negativos y miedos con presencia de hijos. Prueba t Student \*p= 0.015**

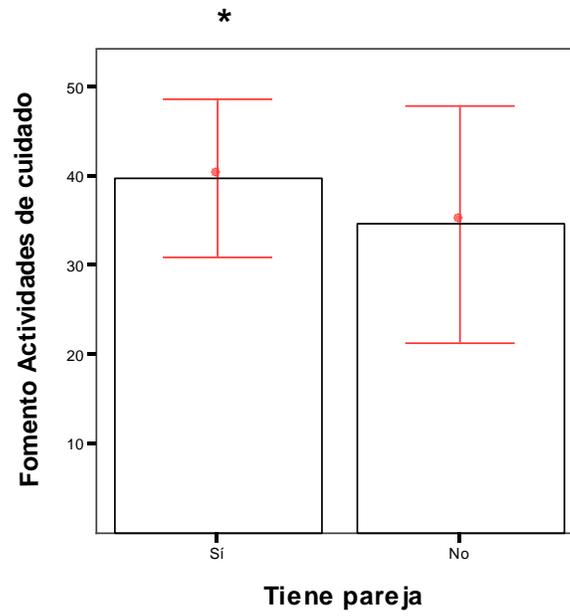
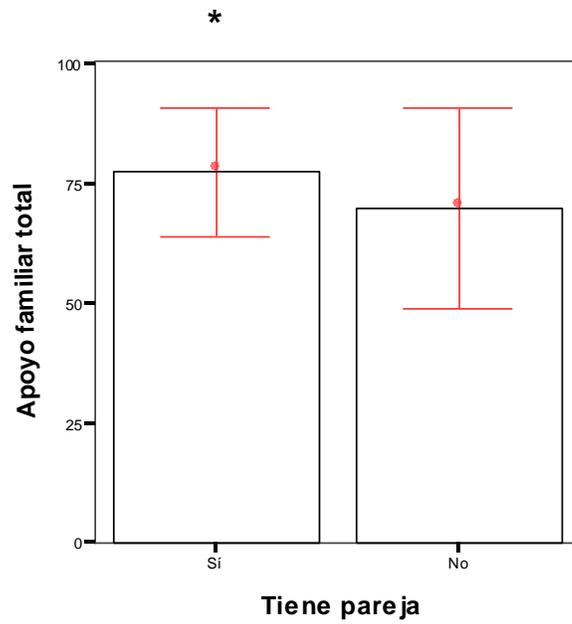
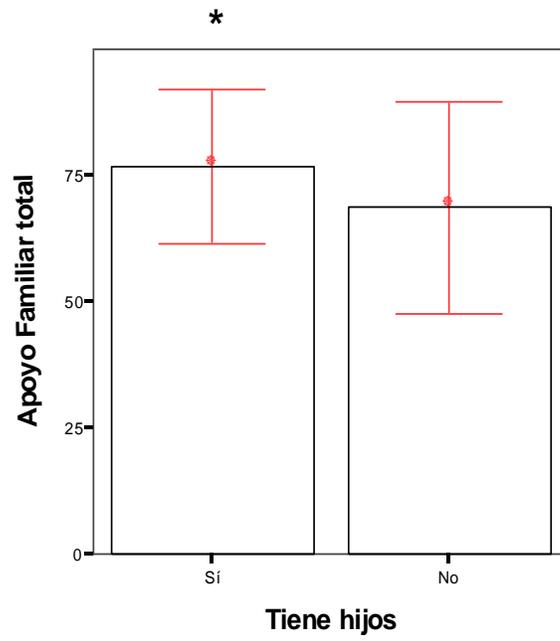


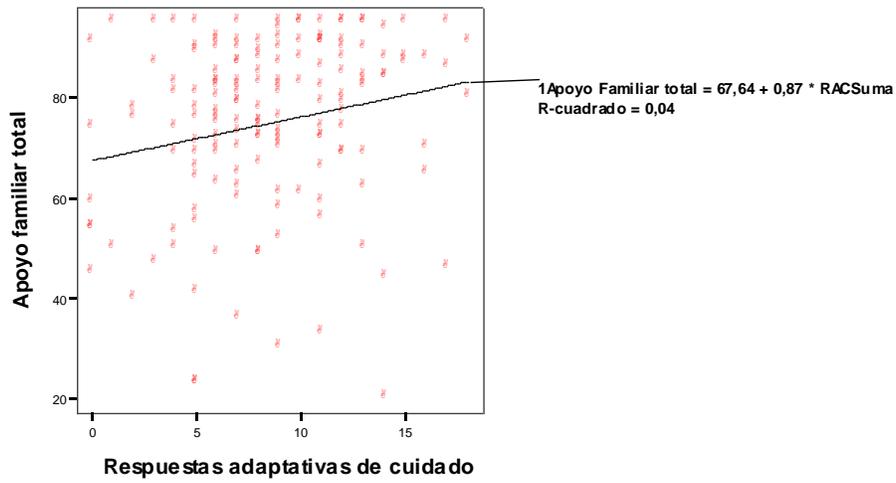
Figura 2. Fomento de actividades de cuidado entre las mujeres que tienen pareja y las que no. Prueba t Student \*p= 0.012



**Figura 3. Apoyo familiar total entre las mujeres que tienen pareja y las que no. Prueba t Student \*p= 0.018**



**Figura 4. Apoyo Familiar total con presencia de hijos. Prueba t Student \*p= 0.041**



**Figura 5. Relación entre apoyo familiar y respuestas adaptativas de cuidado ( $r_p = -.208$ ,  $p = 0.009$ ).**

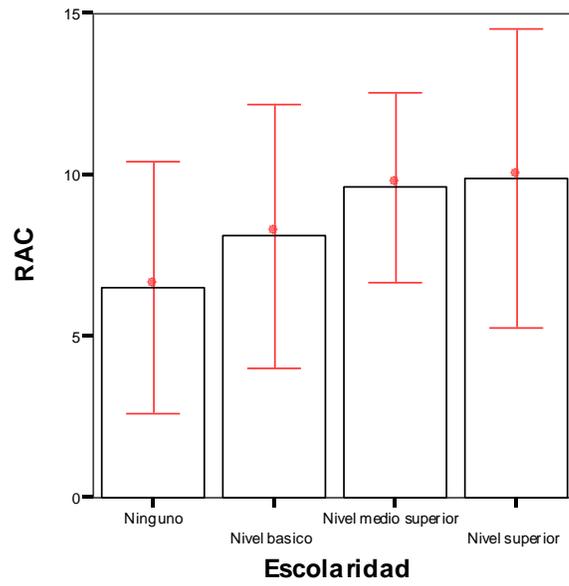


Figura 6. Puntaje de RAC por escolaridad. ANOVA de una vía  $p= 0.34$

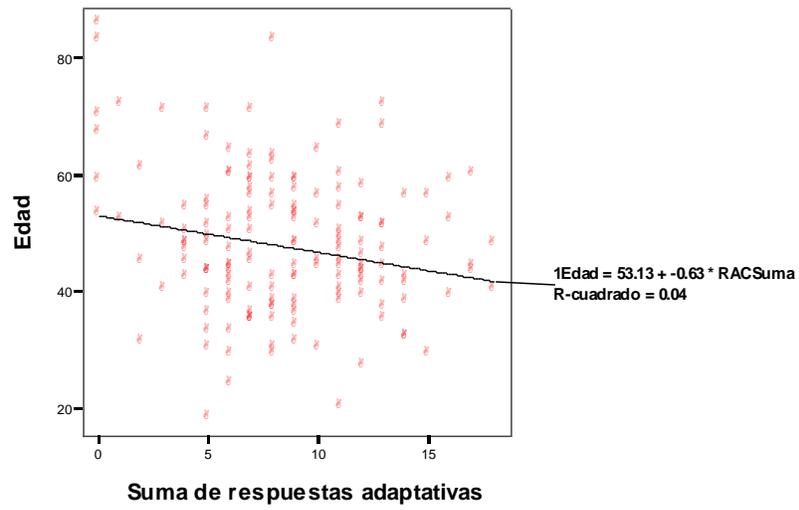


Figura 7. Relación entre edad y RAC. Pearson(  $r_p = -.206$ ,  $p = 0.008$ ).

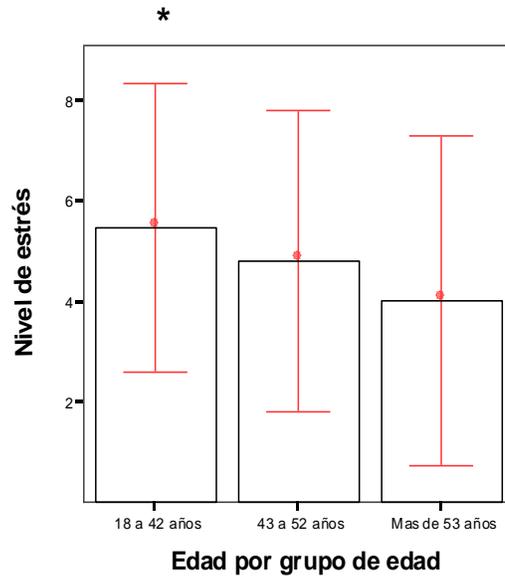


Figura 8. Niveles de estrés por grupo de edad. ANOVA de una vía \* $p=0.05$



Folio \_\_\_\_\_ Encuestador \_\_\_\_\_  
 Hora de aplicación \_\_\_\_\_  
 Lugar de aplicación \_\_\_\_\_

## INTRODUCCIÓN

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.

## INSTRUCCIONES

Lea con atención cada una de las indicaciones que se muestran al inicio de cada sección de preguntas y selecciones 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 se sugiere leer con atención cada instrucción.

Si su respuesta a la pregunta que se le hace, no se encuentra en las diferentes opciones que se le presentan o tiene alguna duda, por favor indíquelo al encuestador.

Marque con una X la respuesta a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué edad tiene? _____		2. ¿Qué religión practica? _____	
3. Estado civil	Soltera ..... 1	4. Escolaridad	Primaria ..... 1
	Casada ..... 2		Secundaria ..... 2
	Divorciada ..... 3		Bachillerato..... 3
	Viuda ..... 4		Licenciatura..... 4
	Separada ..... 5		Carrera técnica..... 5
	Unión libre ..... 6		Ninguna..... 6
	Otro (especifique) _____ 7		7. Tiene hijos
5. Actualmente tiene pareja	Sí ..... 1		¿Cuántos? _____
	No ..... 2		Edades _____
6. ¿Vive con él?	Sí ..... 1		No..... 2
	No ..... 2		
8. Ocupación		9. ¿Con quién vive? _____	
Ama de casa ..... 1		10. Persona responsable _____	
Trabaja..... 2		11. Antecedentes de cáncer en la familia	
(especifique) _____		Sí ..... 1	
Ambos ..... 3		(especifique quién) _____	
		No ..... 2	
12. Lugar de residencia		13. Tiempo en meses, de haber sido usted diagnosticada	
DF ..... 1		_____	
Área Metropolitana ..... 2			
14. El personal de salud le informó el tipo de cáncer que tiene	Sí ..... 1		
	No ..... 2		
15. El lenguaje que utilizaron fue comprensible para usted	Sí ..... 1		
	No ..... 2		
16. Escriba el diagnóstico que le dieron _____			
17. Padece otra enfermedad previa al proceso oncológico: ¿Cuál? _____			

Las siguientes preguntas se relacionan con el tipo de tratamiento que ha recibido y el número de ciclo hasta este momento. Seleccione la respuesta que mejor defina su situación.

18. Tipo de tratamiento que está recibiendo en este momento		19. Tipo de tratamiento que ya ha recibido	
a. Quimioterapia	Si..... 1 No ..... 2 (si la respuesta es NO pase al inciso c)	a. Quimioterapia	Si..... 1 No ..... 2 (si la respuesta es NO pase al inciso c)
aa. Número de ciclo	_____	aa. Número de ciclo	_____
b. Tipo	Roja ..... 1 Blanca ..... 2	b. Tipo	Roja ..... 1 Blanca ..... 2
c. Hormonoterapia (Tamoxifeno)*	Si..... 1 No ..... 2	c. Hormonoterapia (Tamoxifeno)*	Si..... 1 No ..... 2
cc. Número de ciclo	_____	cc. Número de ciclo	_____
d. Radioterapia	Si..... 1 No ..... 2	d. Radioterapia	Si..... 1 No ..... 2
dd. Número de ciclo	_____	dd. Número de ciclo	_____
e. Cirugía	Si..... 1 No ..... 2	e. Cirugía	Si..... 1 No ..... 2

20. En el caso de que haya recibido quimioterapia blanca y roja ¿ha notado diferencias en los signos y síntomas que presentó? (Especifique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

21. Desde el diagnóstico hasta este momento de su enfermedad, su familia....	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Ha mostrado cambios negativos? (especifique) _____	5	4	3	2	1
b. ¿Ha mostrado cambios positivos? (especifique) _____	5	4	3	2	1
c. ¿Ha mostrado interés en saber más sobre su enfermedad?	5	4	3	2	1
d. ¿Ha mostrado interés en su recuperación?	5	4	3	2	1
e. ¿Le ha brindado apoyo?	5	4	3	2	1
f. ¿Le ha apoyado en momentos difíciles?	5	4	3	2	1
g. En el caso de que tenga pareja ¿ha contado con su apoyo?	5	4	3	2	1

22. Durante el proceso del diagnóstico, algún familiar....	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Le acompañaba a realizarse los estudios correspondientes?	5	4	3	2	1
b. ¿Le acompañaba a sus visitas con el especialista?	5	4	3	2	1

23. De la siguiente lista marque aquellas personas que le han ofrecido apoyo durante el diagnóstico (Puede marcar más de una opción)	Ninguno	1	Yerno	8
	Pareja	2	Amiga	9
	Madre	3	Amigo	10
	Padre	4	Otra paciente	11
	Hija	5	Otro	12
	Hijo	6	especifique	13
	Nuera	7		

24. ¿Quien de ellos es su principal cuidador?	Ninguno	1	Yerno	8
	Pareja	2	Amiga	9
	Madre	3	Amigo	10
	Padre	4	Otra paciente	11
	Hija	5	Otro	12
	Hijo	6	especifique	13
	Nuera	7		

25. Durante el tratamiento, algún familiar....	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Le acompaña a las sesiones de tratamiento?	5	4	3	2	1
b. ¿Le acompaña a sus consultas?	5	4	3	2	1
c. ¿Le ayuda a cumplir con la dieta que se le recomienda?	5	4	3	2	1
d. ¿Le ayuda a cumplir con los ejercicios que se le recomienda?	5	4	3	2	1
e. ¿Le recuerda tomar sus medicamentos?	5	4	3	2	1
f. ¿Le recuerda las citas programadas para el tratamiento?	5	4	3	2	1
g. ¿Le ayuda con las labores domésticas?	5	4	3	2	1
h. ¿Le ayuda económicamente?	5	4	3	2	1
i. ¿Le ayuda en sus curaciones?	5	4	3	2	1
j. ¿Le ayuda a realizar actividades que para usted eran cotidianas?	5	4	3	2	1
k. ¿Le ayuda a su cuidado personal (baño, vestido)?	5	4	3	2	1

26. Qué tipo de apoyo ha recibido de su familia, durante el proceso de tratamiento de la enfermedad?	Sí	No	27. Cuál de los siguientes comportamientos ha notado usted principalmente, por parte de la familia durante su tratamiento?	Sí	No
a. Apoyo físico	1	2	a. Unión/convivencia	1	2
b. Apoyo emocional	1	2	b. Acompañamiento a sus citas	1	2
c. Apoyo económico	1	2	c. Cooperación en tarea domésticas	1	2
d. Apoyo moral	1	2	d. Cuidado a sus hijos	1	2
e. Apoyo espiritual	1	2	e. Sobreprotección	1	2
f. Otro tipo	1	2	f. Fastidio	1	2
g. (especifique)	1	2	g. Falta de apoyo	1	2

28. ¿Cuáles son los aspectos que se han visto más afectados al interior de su familia por su enfermedad?	Sí	No	29. ¿Qué ajustes personales ha realizado como consecuencia de la enfermedad?	Sí	No
a. Económico	1	2	a. Cambio de domicilio	1	2
b. Moral	1	2	b. Cambios en el cuidado de sus hijos (Juego)	1	2
c. Emocional	1	2	c. Otros	1	2
d. Físico	1	2	d. Especifique	1	2
e. Espiritual / religioso	1	2			

30. Señale los **signos o síntomas que ha presentado durante el tratamiento**, además de anotar si ha hecho algo para disminuir el síntoma, por ejemplo, chupar limón para las náuseas o tomar algún tipo de pastilla.

	Si	No	¿Qué ha hecho para disminuir el síntoma?
Náusea	1	2	
Vómito	1	2	
Ardor en el estómago	1	2	
Problemas para tragar	1	2	
Resequedad de la boca	1	2	
Pérdida del sabor de la comida	1	2	
Dolor o ulceraciones en la boca	1	2	
Cólicos	1	2	
Rechazo a la comida	1	2	
Agudización de los olores	1	2	
Incremento del apetito	1	2	
Disminución del apetito	1	2	
Incremento de peso	1	2	
Disminución de peso	1	2	
Estreñimiento	1	2	
Diarrea	1	2	
Presencia de moretones	1	2	
Presencia de sangrado no habitual	1	2	
Cese de la menstruación	1	2	
Aumento en el sangrado menstrual	1	2	
Disminución en el sangrado menstrual	1	2	
Cambio del color de la orina	1	2	
Sudoración	1	2	
Bochornos	1	2	
Retención de líquidos	1	2	
Deshidratación	1	2	
Fatiga	1	2	
Dolor en la región del catéter	1	2	
Dolor de cabeza	1	2	
Cambios en la temperatura corporal	1	2	
Manchas en la cara (pecas, paño)	1	2	
Manchas en el cuerpo	1	2	
Resequedad de la piel	1	2	
Descamación	1	2	
Caída de vello y cabello	1	2	
Incremento del vello	1	2	
Cambio de color de las uñas	1	2	
Cambio de color del cabello	1	2	
Irritación de la piel	1	2	
Sueño intranquilo	1	2	
Cambios en el ciclo del sueño	1	2	
Infecciones frecuentes	1	2	
Dolor en el brazo	1	2	
Limitación de la movilidad	1	2	
Hinchazón en el brazo	1	2	
Ninguno	1	2	
Infección en la herida	1	2	
Otro (especifique) _____	1	2	

31. De los siguientes aspectos señale con una X cuáles ha realizado durante su tratamiento.	Sí	No
Aplicación de crema	1	2
Raparse	1	2
Protegerse del sol (gorra, sombrero)	1	2
Cubrir el catéter para el baño	1	2
Uso de algún accesorio para el soporte de su brazo	1	2
Aseo más frecuente de su dormitorio	1	2
Aseo más frecuente de su baño	1	2
Cuidados de la herida por mastectomía	1	2
Acondicionamiento de su hogar para disminuir riesgos (ejemplo: colocación de pasamanos, quitar o poner alfombras, tapetes, etc)	1	2
Uso de baño personal	1	2
Precaución en el cepillado de dientes	1	2
Uso de mano contraria	1	2
Ejercicios del brazo	1	2
Masajes	1	2
Uso de medicamentos alternativos	1	2
Uso de hierbas	1	2
Uso de complementos alimenticios	1	2
Técnicas de relajación	1	2
Ejercicio (caminata, yoga, tai-chi, otros)	1	2

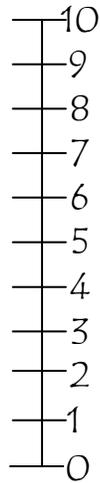
32. Durante el tratamiento, usted...	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Come lo que sea	5	4	3	2	1
Consume comida condimentada	5	4	3	2	1
Come en exceso	5	4	3	2	1
Consume alimentos chatarra	5	4	3	2	1
Come en la calle	5	4	3	2	1
Consume los alimentos que más le gustan	5	4	3	2	1
Consume verduras	5	4	3	2	1
Bebe suficiente agua (dos litros diarios)	5	4	3	2	1
Toma jugos	5	4	3	2	1
Consume irritantes como: café, refrescos, picante, otros.	5	4	3	2	1

33. Indique si alguna de las siguientes situaciones le ha causado algún tipo de estrés o angustia **durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy**. Asegúrese de marcar **Sí o No** para cada una de las opciones.

Problemas prácticos	Sí	No	Problemas físicos	Sí	No
Vivienda	1	2	Dolor	1	2
Seguro médico/financiero	1	2	Náuseas	1	2
Trabajo/escuela	1	2	Cansancio	1	2
Transporte	1	2	Sueño	1	2
Cuidado de niños	1	2	Movilidad	1	2
<b>Problemas familiares</b>	1	2	Dificultad para bañarse/vestirse	1	2
Relación con la pareja	1	2	Respiración	1	2
Relación con los hijos	1	2	Llagas bucales	1	2
<b>Problemas emocionales</b>	1	2	Alimentación	1	2
Preocupaciones	1	2	Indigestión	1	2
Temores	1	2	Estreñimiento	1	2
Tristeza	1	2	Diarrea	1	2
Depresión	1	2	Cambios en los hábitos de orinar	1	2
Nerviosismo	1	2	Fiebre	1	2
Pérdida de interés en las actividades usuales	1	2	Resequedad/picazón en la piel	1	2
<b>Inquietudes espirituales/religiosas</b>	1	2	Resequedad/congestión nasal	1	2
			Cosquilleo en las manos/pies	1	2
			Sensación de hinchazón	1	2
			Sexuales	1	2

34. Finalmente, marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánto **estrés o angustia** ha experimentado **durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy**.

**Mayor estrés**



**Menor estrés**

**LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN**

**MUCHAS GRACIAS**