



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONTROL PERSONAL Y PERSPECTIVA DEL TIEMPO EN
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

PILAR ESPINOSA RODRÍGUEZ

DIRECTOR: DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
REVISORA: MTRA. ADRIANA PÉREZ FORTIS

SINODALES:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

DRA. ANGÉLICA RIVEROS

MTRA. KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2017



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.

Índice

Resumen	4
Capítulo 1:	6
Teoría de la transición epidemiológica	6
Psicología de la salud	11
Psicooncología	13
Capítulo 2:	16
Cáncer de mama	16
Control personal y perspectiva del tiempo en mujeres con cáncer de mama	20
Método	28
Resultados	34
Discusión	36
Referencias	42
Anexos	52

Agradecimientos

A mis padres Mónica y Andrés por su apoyo incondicional y por brindarme siempre lo mejor de ellos.

A mis hermanas Andrea, María Fernanda y Mónica por ser las mejores compañeras de vida.

A Romina y Matías por estar siempre dispuestos a jugar y reír.

A César por su apoyo y cariño.

Gracias por todo el amor y la vida de cada uno de ustedes, los amo.

A la UNAM por haber encontrado en ella a excelentes académicos que contribuyeron a mi formación profesional.

A mis asesores Adriana y Edgar, por su valioso conocimiento en la realización de este trabajo.

A mis mejores amigos y colegas Perla, Pedro, Iván, Luis, Sara, Becky, Christian, Marce, Toño, Georgina, Leslie, Lucero, Tania, Katia, Ingrid, Sarah, Daniela, Bárbara, Ana, por todos los momentos tan divertidos a su lado y por su apoyo siempre.

A todas las pacientes con cáncer de mama, quienes fueron causa y condición para la realización de este trabajo.

Resumen

A nivel mundial el cáncer de mama afecta de manera física, social y psicológica la vida de millones de personas. Los factores psicológicos juegan un papel muy importante en el afrontamiento de una enfermedad oncológica, por lo que el objetivo de esta investigación fue estudiar la relación entre el control personal y la perspectiva del tiempo mediante un estudio transversal correlacional. Las participantes (n=173) tenían un diagnóstico de cáncer de mama por primera vez, una edad promedio de 52 años (D.E.: 10.5), y provenían de un hospital público de la Ciudad de México. El control personal y la perspectiva del tiempo fueron evaluados mediante la escala de Pearlin (PMS) y el inventario de perspectiva del tiempo de Zimbardo (ZTPI-15) respectivamente. Los resultados indicaron que ambas variables se correlacionaron negativamente y de manera moderada a baja, en tres de las dimensiones de la perspectiva del tiempo: pasado negativo ($r=-.426$; $p<0.01$), presente fatalista ($r=-.391$; $p<0.01$) y presente hedonista ($r=-.292$; $p<.01$). También se correlacionó de manera positiva y baja el control personal y el pasado positivo ($r=.167$, $p<0.05$). Las relaciones más altas reflejan un bajo control personal y aspectos negativos en las pacientes de este estudio, así como mayor control personal mostró relacionarse con aspectos positivos del pasado. Ambas variables podrían ser indicadores del contexto aversivo en el que las pacientes se encontraban al enfrentar un diagnóstico de cáncer de mama, y podrían ser herramientas que promuevan una mejor adaptación y afrontamiento a esta enfermedad.

Palabras clave: control personal, perspectiva del tiempo, cáncer de mama

Abstract

Globally breast cancer affects the lives of millions of people physically, socially and psychologically. Psychological factors play a very important role in coping with an oncological disease, so the objective of this research was to study the relationship between personal control and the perspective of time through a

correlational cross-sectional study. Participants (n = 173) had a diagnosis of breast cancer for the first time, an average age of 52 years (D.E .: 10.5), and came from a public hospital in Mexico City. Personal control and time perspective were evaluated using the Pearlin Scale (PMS) and the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI-15), respectively. The results indicated that both variables were negatively and moderately correlated to low, in three of the dimensions of the time perspective: negative past (r = - .42, p <0.01), present fatalistic (r = -. P <0.01) and hedonistic present (r = -.292, p <.01). Positive and personal control were also correlated positively with the positive past (r = .167, p <0.05). Higher ratios reflect low personal control and negative aspects in the patients in this study, as well as greater personal control showed to be related to positive aspects of the past. Both variables could be indicators of the aversive context in which the patients were facing a diagnosis of breast cancer, and could be tools that promote a better adaptation and coping with this disease.

Key words: mastery, time perspective, breast cancer

Capítulo 1

Teoría de la transición epidemiológica

La Organización Mundial de la Salud en su Declaración de Alma Ata ([OMS] 1978) reafirmó que la salud es un derecho humano fundamental y la definió como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1978). Para llegar a esta definición se ha recorrido un largo camino que está íntimamente asociado con la morbilidad y la mortalidad en la historia de la humanidad.

Las variaciones en la morbilidad y la mortalidad a lo largo de nuestra historia, han llevado a una modificación en los patrones de la salud y la enfermedad, entorno a esto, Abdel Omran (1971) propone la teoría de la transición epidemiológica, la cual explica cómo las interacciones de diversos factores involucrados en el cambio de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, logran el desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas degenerativas o causadas por el hombre, dando énfasis a cinco proposiciones a saber.

La primer proposición señala que en la dinámica de la población, la mortalidad es un factor fundamental. En la primera etapa de la era moderna, la mortalidad y la fecundidad eran extremadamente variables, la esperanza de vida era baja y el crecimiento de la población era lento debido a las epidemias, guerras y hambrunas, lo cual se comenzó a modificar a partir del año 1650 d.C. A partir de entonces los cambios en las fluctuaciones y en la estabilidad de la mortalidad y de la fecundidad se estabilizaron llegando a niveles muy bajos.

En la segunda proposición indica que los cambios en los patrones de mortalidad y enfermedad resultan en el desplazamiento gradual de enfermedades

infecciosas por las enfermedades degenerativas o causadas por el hombre. De acuerdo a los cambios en los patrones de mortalidad, distingue tres grandes etapas:

1. La edad de la peste y la hambruna: la intensa mortalidad impide el crecimiento de la población debido a las frecuentes enfermedades infecciosas, el alto grado de desnutrición y las constantes epidemias. La esperanza de vida va de los 20 y 40 años.
2. La edad de las pandemias en retroceso: la mortalidad disminuye progresivamente. La esperanza de vida se encuentra entre los 30 y los 50 años.
3. La edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre: la mortalidad continua disminuyendo y se aproxima a un nivel bajo. La esperanza de vida supera los 50 años.

Asimismo este autor expone las principales determinantes de la transición epidemiológica en tres categorías:

1. Determinantes Eco-biológicos que exponen la complejidad del equilibrio entre agentes infecciosos, el nivel de hostilidad del ambiente y la resistencia del huésped; y pone como ejemplo, la recesión de la peste a finales del siglo XVII.
2. Determinantes socioeconómicos, políticos y culturales, que incluyen el estilo de vida, los hábitos de salud, higiene y nutrición.
3. Determinantes de la salud médica y pública, que combaten la enfermedad con medidas preventivas y curativas como la mejora de la sanidad pública, la vacunación y el desarrollo de terapias.

En su tercera proposición, Omran atribuye los cambios más profundos de la transición epidemiológica a los niños y a las mujeres en edad reproductiva ya que hubo un retroceso en el impacto de enfermedades infectocontagiosas en niños y

en adolescentes, lo cual se relacionó con un incremento en la expectativa de vida de esta población; paralelamente, aumentó la esperanza de vida de las personas a 50 años.

Así en su cuarta proposición, relaciona estos cambios con las transiciones demográficas y socioeconómicas. Los cambios en la supervivencia infantil y de las mujeres en edad reproductiva produce afectaciones en la fertilidad que en etapas intermedias y posteriores de la transición epidemiológica se ve reprimida por factores bio-fisiológicos, socioeconómicos y psicológicos o emocionales. Hay un contraste entre la tasa de natalidad y mortalidad, mueren menos personas de las que nacen y la población crece de manera exponencial. Además, dada la probabilidad de un parto eficaz y la supervivencia de los hijos, se generó un impacto económico tanto en la fuerza de trabajo de los adultos como en los niños que crecerían como miembros productivos de la sociedad.

Finalmente en su última proposición, Omran expone en tres modelos básicos las variaciones en el patrón de salud y enfermedad, las determinantes y las consecuencias de la transición epidemiológica. Estos modelos son:

- El Modelo Clásico: Describe la transición gradual y progresiva de la alta mortalidad y fertilidad a baja mortalidad y fertilidad en mundo occidental, los factores socioeconómicos fueron determinantes en esta transición debido al crecimiento exponencial y sostenido de la población y a la baja tasa de mortalidad. Lo cual se relacionó con un cambio en el cual las enfermedades degenerativas u ocasionadas por el hombre sustituyeron a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad. Este patrón está representado por países como: Inglaterra, Gales y Suecia.
- El Modelo Acelerado: Es un modelo que describe la transición acelerada de mortalidad que ocurrió notablemente en Japón, en donde se pasó de una

mortalidad caracterizada por pestilencia y hambre a una mortalidad representada por el modelo clásico en un periodo muy corto de tiempo.

El Modelo Contemporáneo o retardado: Expone una transición reciente que se observa en países principalmente en desarrollo, donde prevalecen enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas o causadas por el hombre. En estos países, las medidas de salud pública y los descensos en la mortalidad a partir de la Segunda Guerra Mundial han impulsado el crecimiento de la población (Armelagos, Brown, & Turner, 2005).

Estos modelos explican la transición de enfermedades infectocontagiosas a crónico degenerativas, la cual ha tenido un proceso relativamente reciente debido a factores como el desarrollo de medicamentos (antibióticos y vacunas) y que su uso parecía haber vencido la batalla contra enfermedades infectocontagiosas como el mayor de los problemas de salud.

Armelagos et al. (2005) han estudiado la transición epidemiológica desde una perspectiva evolutiva, centrándose en el origen y aumento de las desigualdades económicas que ha traído como consecuencia la globalización y que han modificado el patrón de la enfermedad. Fenómenos socioeconómicos como la industrialización han traído cambios importantes en los estilos de vida de la población. En 1800 sólo el 3% de la población vivía en una ciudad lo cual significaba un alto riesgo de dispersión de enfermedades y pobreza. En la actualidad el 40% de la población se encuentra en un núcleo urbano por lo que los servicios de salud y atención médica juegan un papel muy importante en dicha transición.

Ante la prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas tenía sentido entender a la salud como la mera ausencia de enfermedad, esto dio lugar al modelo biomédico el cual se fundamentó en contemplar únicamente los aspectos bioquímicos y somáticos de la enfermedad (reduccionismo) y, en dejar fuera lo

que no pudo explicar o tratar (exclusionismo). Dicho modelo fue aceptado y favorecido por la práctica de la medicina a tal grado, que se instauró como un dogma al ser insuficiente para representar los aspectos sociales, psicológicos y conductuales del proceso salud-enfermedad (Alonso, 2004; Engel, 1977).

Pronto este modelo entró en crisis dada sus limitaciones para explicar y tratar el aumento de enfermedades crónico degenerativas, por lo que Engel (1977) publicó un ensayo explicando que la experiencia humana de la enfermedad no solamente está relacionada a los datos bioquímicos, si no también a factores psicológicos y sociales, es decir, la sola presencia de la enfermedad en una persona no determina que ésta se sienta enferma o se asuma como tal; incluso hay alteraciones bioquímicas de la enfermedad que se relacionan con anormalidades psicológicas, por ejemplo la esquizofrenia, en la que los factores sociales y ambientales son tan importantes que posibilitan o impiden su desarrollo, o en el caso de la diabetes mellitus, la actividad de la enfermedad puede manifestarse por estrés psicológico o aspectos comportamentales representados en el estilo de vida.

El modelo biomédico no proporcionaba un marco de referencia que contemplara todos los aspectos involucrados en dichas enfermedades y por lo tanto, desde sus fundamentos, no eran consideradas problemas de la salud, lo anterior llevó a una posición dogmática anticientífica en la cual se buscaba que la realidad se ajustara al modelo que la describía, y no el modelo a la realidad que acontecía. De esta manera, Engel señaló la evidente necesidad de contemplar aspectos psicológicos y sociales como parte del tratamiento, desarrollo y prevención de las enfermedades, lo cual derivó en la propuesta de un modelo bio-psico-social (Engel, 1977).

La adopción de un modelo integral que contempla factores bio-psico-sociales que median, modulan, facilitan o desencadenan los problemas de salud (Grau & Hernández, 2005) propició que, en 1978 a través de la Declaración de

Alma Ata, se modificara el concepto de salud, siendo la misma OMS la que reiteró la integración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales en la definición de la salud (OMS, 1978).

En este contexto de cambios en los patrones epidemiológicos, las limitaciones del modelo biomédico las cuales incentivaron la propuesta de un modelo bio-psico-social y los cambios en la conceptualización de la salud, favorecieron el reconocimiento de las aportaciones de la psicología en relación al proceso salud-enfermedad (Grau y Hernández, 2005). En este sentido, surge la psicología de la salud ante el creciente interés de la psicología clínica, la psicología comunitaria y otras ciencias médicas por el estudio del comportamiento humano en el proceso salud-enfermedad (Oblitas y Becoña, 2000).

Psicología de la salud

El término de la psicología de la salud se reconoce oficialmente a finales de la década de los setenta cuando la APA (por sus siglas en inglés, American Psychological Association), después de numerosos esfuerzos por parte investigadores en esta área como: Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y George C. Stone, entre otros, consolidaron la creación de la división 38 de la APA en el año de 1978 (Matarazzo, 1980). Matarazzo fue nombrado presidente de la División recién creada para el estudio y desarrollo de la psicología de la salud y la definió como:

La suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales especiales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, y para el análisis y mejora de la

formación del sistema de atención de salud y la política sanitaria (Matarazzo, 1980, p. 815).

De acuerdo con Simon (1999), desde la creación de la división 38 sus objetivos fundamentales han sido:

- Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica
 - Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico
 - Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público en general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios de esta área y
 - Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud. (p.30)

De acuerdo con esto, los psicólogos pueden dirigirse a distintas áreas de estudio dentro de la psicología de la salud, tales como: la investigación, la aplicación y la formación; todas éstas orientadas a promover la salud, la calidad de vida, así como, mejorar los servicios de salud en clínicas y hospitales (Oblitas y Becoña, 2000).

La psicología de la salud ha crecido rápidamente y ha despertado gran interés entre las sociedades del mundo. El desarrollo de investigaciones y su aplicación en ésta área es una labor sumamente importante frente a los problemas de salud en la actualidad, como las enfermedades crónicas, por nombrar algunas: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cáncer, entre otras (Grau y Hernandez, 2005).

Psicooncología

En el contexto de las enfermedades crónicas, ha surgido de manera paralela a la psicología de la salud, la psicooncología, una subespecialidad que se ocupa principalmente de dos dimensiones: 1) las reacciones psicológicas de los pacientes y sus familias a lo largo de la enfermedad oncológica, y 2) los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que contribuyen a la causa del cáncer y a la supervivencia (Holland, 2002).

La psicooncología surge a mediados de la década de los 70 gracias a la apertura sobre el diagnóstico de cáncer, una enfermedad estigmatizada socialmente como muerte y sufrimiento (Holland, 2002). De acuerdo con Holland (2002), el papel del psicólogo en el contexto oncológico ha contribuido al manejo de síntomas como depresión, ansiedad, delirio, dolor y fatiga, al manejo de las consecuencias psicológicas de supervivientes y en cuidados paliativos. También ha contribuido de manera importante en la creación del cuerpo literario a través de la investigación, donde se han desarrollado estudios en distintos momentos del curso del cáncer, así como, en la construcción de instrumentos para evaluar a los pacientes.

Tanto la psicología de la salud como la psicooncología tienen en común abordar enfermedades crónicas degenerativas, ofreciendo investigación y técnicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida a lo largo del tratamiento, e incluso en la supervivencia o cuidados paliativos de enfermedades crónicas como el cáncer.

A lo largo de estas décadas la investigación psicológica ha puesto en evidencia la relevancia de las emociones en el afrontamiento de una enfermedad física a través de diversos estudios en áreas como la paliación (Miranda et al., 2016), el bien morir, el estado emocional ante el diagnóstico oncológico (Pérez-Fortis et al., 2016), el tratamiento (Chen et al., 2015), la supervivencia (Boyages et al., 2016), entre otros.

Es así que estos estudios demuestran que los aspectos psicológicos juegan un papel muy importante en cuanto al afrontamiento de una enfermedad oncológica. Dejando ver la necesidad de estudiar y entender las implicaciones psicológicas, emocionales y sociales que conlleva un diagnóstico oncológico en mujeres y cómo éste afecta su calidad de vida de manera integral (Garduño, Sánchez-Sosa, & Riveros, 2010).

En el área de la psicología de la salud existen variables que, a través, de su estudio proporcionan información sobre las reacciones psicológicas de pacientes con cáncer, una de ellas es el control personal, el cual se refiere a la medida en que el individuo cree que tiene dominio sobre sí mismo frente a eventos futuros, los cuales pueden ser estresantes, (Pearlin & Schooler, 1978). Otra variable que puede ser relevante es, la perspectiva del tiempo, la cual se refiere al proceso mediante el cual los individuos ordenan, dan significado y coherencia a sus experiencias de vida a través de categorías temporales de pasado, presente o futuro (Zimbardo & Boyd, 2015).

La literatura científica reporta que las variables de control personal y perspectiva del tiempo tiene un efecto sobre los pacientes con cáncer a lo largo del proceso de la enfermedad. Una investigación sobre el apoyo de la pareja y la angustia en mujeres con cáncer de mama, estudió el rol del control personal y la conciencia del apoyo recibido y encontró que mujeres con un mayor control personal muestran menos angustia, (Hinnen, Ranchor, Baas, Sanderman, & Hagedoorn, 2009). En otro estudio con una muestra de 214 pacientes con distintos tipos de cáncer, reportaron el papel del control personal como predictor de la reducción de la gravedad del dolor y la fatiga (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 2008). Asimismo, la perspectiva del tiempo reporta una mejor predisposición hacia conductas preventivas y sobre el cuidado de la salud. En un estudio en cinco países se investigó la relación entre perspectiva del tiempo y el consumo del tabaco, mostraron que los no fumadores eran más propensos a orientarse hacia el

futuro en comparación a los fumadores (Sansone et al., 2013). En otro estudio con adolescentes sobrevivientes a cáncer se demostró el rol de la perspectiva del tiempo (pasado negativo), como predictor de sintomatología depresiva (Bitsko, Stern, Dillon, Russell, & Laver, 2008).

Investigaciones anteriores, han mostrado que el estudio de las variables de control personal y perspectiva del tiempo son relevantes en el paciente oncológico (Griva et al., 2013; Hinnen et al., 2009), por lo cual un estudio que involucre ambas variables ofrece la posibilidad de obtener nuevos resultados, ya que no existen investigaciones con ambas variables ni en pacientes con cáncer de mama. Los posibles hallazgos podrían colaborar en el desarrollo de intervenciones que buscan mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer.

El estudio de variables que contribuya en las medidas de atención para pacientes con cáncer es una labor que debe avanzar en beneficio de los pacientes y la sociedad misma, y que sólo a través de la investigación se podrá lograr.

Capítulo 2. Cáncer de Mama

El cáncer es la rápida generación y crecimiento descontrolado de las células, cuando estas células se acumulan forman protuberancias que se denominan tumores malignos. Dichos tumores pueden crecer invadiendo órganos cercanos o pueden invadir áreas distantes a su origen, lo cual se conoce como metástasis, de esta manera es como el cáncer se puede propagar y formar tumores en otras partes del cuerpo, comprometiendo el correcto funcionamiento de los órganos y la vida del paciente (Brown, LaSalle & Platt, 2013; Sociedad Americana contra el cáncer, 2016).

Cuando un tumor maligno se localiza en el seno se denomina cáncer de mama, este tipo de cáncer afecta principalmente a las mujeres aunque también puede presentarse en hombres y suele manifestarse en una serie de síntomas como una protuberancia dura o no con bordes irregulares, hinchazón, irritación, enrojecimiento, descamación, engrosamiento o hendiduras en la piel del seno o del pezón, retracción de los pezones y secreción de los mismos diferente a la leche materna (Brown et al., 2013; Gonzalez & Noblía, 2016).

Dado que en etapas tempranas la sintomatología es prácticamente nula, es importante la observación y la autoexploración del paciente, puesto que algunos factores de riesgo son inherentes a ser mujer, envejecer y tener antecedentes heredofamiliares o mutaciones genéticas (Gonzalez & Noblía, 2016). Otros factores de riesgo están relacionados al estilo de vida como fumar, tomar bebidas alcohólicas, la alimentación y el sedentarismo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

El cáncer de mama presenta distintos tipos de carcinomas definidos por su origen, siendo los más comunes el carcinoma lobulillar, que se origina en las

glándulas que producen la leche materna y el carcinoma ductal, el cual comienza en los ductos que llevan la leche hacia el pezón (Gonzalez & Noblía, 2016).

Conocer el tipo de carcinoma es fundamental para el diagnóstico, el cual está basado en tres pilares: la evaluación clínica y estadificación, estudios por imágenes y estudio histopatológico. La evaluación clínica se realiza por medio de la exploración palpable de la mama; la estadificación comúnmente se basa en el sistema TNM (Tumor, Nódulos o ganglios y Metástasis). Este sistema establece etapas o estadios que van de 0 hasta IV y metástasis, con sub-etapas que se identifican con las letras A, B y C. Finalmente, el estudio histopatológico analiza tejido tumoral para completar el diagnóstico y así establecer el tratamiento más adecuado para tratar el cáncer de mama (Lazcano, Escudero & Uscanga, 2014).

Para atender el cáncer de mama se ofrecen tratamientos locales los cuales tratan el tumor sin afectar el resto del cuerpo, este es el caso de la cirugía y la radioterapia; también se encuentran los tratamientos sistémicos que se caracterizan por utilizar medicamentos vía oral o directamente en el torrente sanguíneo como la quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida (Cárdenas, Bargalló, Maafs & Poitevín, 2013).

Luego de recibir el tratamiento contra el cáncer de mama, la tasa de supervivencia a 5 años varía de acuerdo a la etapa del diagnóstico, siendo muy alta en etapas tempranas y más baja para etapas avanzadas y metástasis (Sociedad Americana contra el cáncer, 2016). Sin embargo, esta enfermedad sigue registrando un gran número de casos al año. En el 2012, de acuerdo con la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer por medio de Globocan, se registraron 1.67 millones de diagnósticos de cáncer de mama en todo el mundo, ocupando el segundo lugar como el tipo de cáncer más común a nivel mundial, siendo la quinta causa de muerte por cáncer en general con 522,000 muertes. Es la causa de muerte más frecuente en países en desarrollo y la segunda en países desarrollados (Ferlay et al., 2013).

En México, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres entre 24 años y 55 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015). En el 2012, en México se reportó una incidencia de 20,444 nuevos casos, y se prevé que para el 2030 haya 34,425 nuevos casos. De igual forma, en ese mismo año, murieron 5,680 mujeres por esta enfermedad y se prevé que para el 2030 el número de muertes se incremente a 10,324 (Ferlay et al., 2013).

De acuerdo con estas cifras el cáncer de mama representa un problema de salud que impacta a miles de personas en todo el mundo por lo que a través de diversas investigaciones se han reportado las amplias afectaciones que produce esta enfermedad a nivel físico, social y psicológico, y que se describen a continuación.

A nivel físico, las personas con cáncer de mama reportan mayor susceptibilidad en la mutación de los genes BRCA1 y BRCA2 asociados con el desarrollo del cáncer (Larsen, Thomassen, Gerdes, & Kruse, 2014). Las pacientes que tras recibir el diagnóstico de cáncer aumentan su peso igual o mayor al 10% de masa corporal, se vuelven más vulnerables a desarrollar un evento de mortalidad (Playdon et al., 2015). También se presentan una variedad de modificaciones en la apariencia tales como: pérdida o desfiguración de los senos, cambios en la coloración y la textura de la piel (Chang et al., 2014). Así mismo, los tratamientos contra el cáncer de mama suelen producir fatiga, dolor, insomnio, náusea, pérdida del cabello, entre otros (Chen et al., 2015). Se ha demostrado que este padecimiento también afecta la salud sexual y su funcionamiento, provocando atrofia y sequedad vaginal, lo cual causa relaciones sexuales dolorosas y puede resultar en la pérdida del deseo sexual (Boswell & Dizon, 2015). La fertilidad y su preservación después del tratamiento, se ve comprometida provocando preocupación sobre la planificación familiar, en especial en mujeres sin hijos (Güth, Huang, Alder, & Moffat, 2015).

A nivel social, se ven afectadas las relaciones interpersonales y de pareja (Avis, Crawford, & Manuel, 2005), en este sentido no sólo se ve afectada la vida de una mujer con cáncer de mama, sino todo el sistema familiar en el que se encuentra (Güth et al., 2015). Presentan dificultades laborales, ya que los efectos del tratamiento pueden interferir con sus capacidades y autoeficacia en el trabajo además de contribuir a la pérdida de control sobre el éxito profesional y sobre las opciones de empleo (Raque-Bogdan et al., 2015), por lo que las pacientes son más vulnerables a presentar problemas financieros después del diagnóstico y durante el tratamiento (Jagsi et al., 2014).

A nivel psicológico, las afectaciones que se reportan con mayor frecuencia son ansiedad y depresión, las cuales pueden expresarse como anhedonia, cambios en el sueño, pérdida de apetito, dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, disforia e incluso ideación suicida (Chen et al., 2015).

Se ha observado que al momento del diagnóstico las pacientes experimentan un nivel alto en sintomatología ansiosa y de manera considerable en sintomatología depresiva, dicha sintomatología podría asociarse al inicio de un proceso psicológico mayor aunado a los efectos de los tratamientos contra esta enfermedad (Pérez-Fortis et al., 2016).

Como parte de las consecuencias que señalan aquellas pacientes que han recibido quimioterapia por primera vez, se encuentra el miedo a morir así como miedo a los efectos secundarios del tratamiento. La consecuencia más frecuente de dicho tratamiento son los cambios en la imagen corporal como la caída del cabello, lo cual las vuelve más propensas a aislarse y sufrir ansiedad (Chang et al., 2014). Incluso cuando el tratamiento ha terminado, las pacientes se enfrentan al miedo a la recurrencia, controlar la ansiedad y vivir con la incertidumbre (Conley, Bishop, & Andersen, 2016). También presentan preocupaciones sobre el cuidado de los hijos y de los padres, y experimentan culpa al sentirse como una carga para sus familias (Chen et al., 2015).

Es así como las consecuencias de padecer cáncer de mama afectan de manera integral la funcionalidad y calidad de vida de miles de mujeres (Garduño et al., 2010), por lo que en el área de la psicología de la salud diversas investigaciones se han enfocado en estudiar factores implicados en procesos de adaptación y conductas sobre la salud relacionados con cáncer. En este sentido, el control personal se ha investigado en temas como cáncer de mama y otros tipos de cánceres. En cuanto a la perspectiva del tiempo ésta se ha estudiado en relación a otras enfermedades y muy poco respecto al cáncer.

Control Personal y Perspectiva del tiempo

De acuerdo con Pearlin y Schooler (1978), el control personal se refiere "... a la medida en que uno considera que las circunstancias de su vida están bajo su propio control..." (p 5). Debido a su similitud con otros conceptos como autoeficacia y percepción de control, es importante mencionar las diferencias con los mismos. El control personal difiere de la autoeficacia ya que éste refleja expectativas generales sobre los recursos de afrontamiento y de confianza para resolver circunstancias de la vida. En cuanto a la percepción de control, la diferencia recae en la motivación para persistir aún cuando se experimente una falla (Mausbach et al., 2008). En los últimos años distintas investigaciones han estudiado los efectos del control personal en el contexto oncológico, obteniendo los siguientes resultados.

Una investigación longitudinal con 214 pacientes de distintos tipos de cáncer (cáncer de mama, cáncer de pulmón cáncer de colon, cáncer genital/urinario, cáncer gastrointestinal, entre otros tipos de cáncer) estudiaron la capacidad del optimismo y el control personal para controlar eficazmente la intensidad del dolor y la fatiga, en el contexto de una intervención de control de los síntomas en pacientes con cáncer. Encontraron que los niveles de optimismo y

control personal se relacionaron negativamente con la severidad del dolor; en el caso de la fatiga sólo el control personal se asoció negativamente, es decir, que los pacientes con mayor control personal reportaron una reducción en la sintomatología de dolor y fatiga (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 2008) véase tabla 1.

Otra investigación estudió el apoyo de la pareja y la angustia en mujeres con cáncer de mama y a su vez el papel moderador del control personal. Obtuvo una muestra de 82 parejas reclutadas de cinco hospitales en los Países Bajos. Respecto al control personal, los datos obtenidos de manera transversal, mostraron que las mujeres con mayor sentido de control personal tenían menos angustia a corto plazo que las mujeres que tenían menor sentido de control personal, esto se observó si su pareja estaba comprometida en el apoyo (Hinnen, Ranchor, Baas, Sanderman, & Hagedoorn, 2009), véase tabla 1.

Otro estudio transversal obtuvo una muestra de 241 mujeres portadoras de la mutación BRCA1 y BRCA2 de tres centros en distintas partes de Canadá, con el objetivo de explorar las asociaciones de recursos personales (control personal) y el estigma con la ansiedad específica por cáncer en mujeres portadoras de dicha mutación. Evaluaron autoestima, control personal, estigmatización y ansiedad específica a cáncer de mama. El control personal demostró tener una relación positiva con autoestima y negativa con niveles de ansiedad específica al cáncer y la estigmatización, además reportaron una relación positiva entre el control personal y la autoestima, la cual se asoció negativamente a niveles de ansiedad específica al cáncer y al estigma, es decir, el control personal se asoció directamente con menos ansiedad específica a cáncer y fue considerada como la segunda variable importante en las diferencias interindividuales para enfrentar los resultados de las pruebas genéticas como posibles portadoras de la mutación BRCA1 y BRCA2, concluyendo que el control personal puede contribuir a conductas de salud más apropiadas para esta población (Vodermaier, Esplen, & Maheu, 2010).

Tabla 1. Estudios sobre control personal

Autores y año de publicación	Objetivo	Limitaciones
(Kurtz et al., 2008)	Evaluar el papel del optimismo y el control personal en la capacidad del paciente para controlar eficazmente el dolor y la fatiga en el contexto de una intervención de control de los síntomas en pacientes con cáncer.	Se recomiendan mas estudios en otras poblaciones para poder generalizar los resultados
(Hinnen et al., 2009)	Investigar la asociación entre las formas de proporcionar apoyo de pareja y el estrés en mujeres con cáncer de mama en función de tener conciencia sobre el apoyo de sus parejas y su nivel de control personal	Los resultados no pueden aplicarse en hombres con cáncer y sus parejas femeninas. La tasa de respuesta fue baja, se recomiendan más estudios al respecto
(Vodermaier et al., 2010)	Explorar las asociaciones de los recursos personales (control personal, autoestima), el estigma y la ansiedad específica por cáncer en mujeres portadoras de la mutación BRC1 y BRC2	De acuerdo al tipo de estudio, los datos no ofrecen causalidad

Otro concepto importante para este estudio es la perspectiva del tiempo, la cual Zimbardo y Boyd (1999) definen como "...el proceso, a menudo inconsciente, por el cual el flujo continuo de experiencias personales y sociales se asignan a categorías temporales o marcos temporales, dichas categorías se llaman pasado, presente y futuro las cuales ayudan a dar orden, coherencia y significado a esos eventos..." (p.1271).

La perspectiva del tiempo se ha estudiado como mediador y predictor de conductas relacionadas a la salud. Cabe mencionar que son pocos los estudios realizados sobre perspectiva del tiempo en relación a cáncer, sin embargo, hay investigaciones en torno a este concepto que demuestran su influencia y capacidad predictiva.

Un estudio con poblaciones de cinco países distintos, investigó la relación entre la perspectiva del tiempo y el consumo del tabaco por medio de los datos de la encuesta Internacional del Control del Tabaco. Los resultados de dicho estudio mostraron que aquellos que se orientaban hacia el futuro eran los no fumadores, siendo significativa esta relación para todos los países excepto China. Estos resultados apoyan la idea de que individuos con una perspectiva de tiempo enfatizada en el futuro son más propensos a involucrarse en comportamientos de protección de la salud y a participar menos en comportamientos riesgosos para ésta (Sansone et al., 2013) véase tabla 2.

También se ha reportado el efecto de la perspectiva del tiempo en el estado emocional. Un estudio con adolescentes sobrevivientes a cáncer investigó la felicidad y la perspectiva del tiempo como mediadores de la calidad de vida y de sintomatología depresiva en una muestra de 50 adolescentes con una edad media de 20,2 años. Se encontró que el papel de una orientación hacia el pasado negativo puede ser un predictor de sintomatología depresiva más directo que ser mujer para ese estudio, es decir, que la perspectiva del tiempo (pasado negativo) demostró ser un mediador significativo entre el género y la sintomatología

depresiva en esta población, por lo que de acuerdo con este estudio, intervenciones que reencuadren la perspectiva del tiempo podrían ayudar a disminuir síntomas depresivos (Bitsko, Stern, Dillon, Russell, & Laver, 2008).

Otras investigaciones aluden a la perspectiva del tiempo como un moderador en procesos de adaptación en pacientes con cáncer. En un estudio descriptivo compararon la percepción del tiempo y la angustia en pacientes con cáncer libres de enfermedad y pacientes con cáncer avanzado en un contexto paliativo. Obtuvieron una muestra de 63 pacientes con cáncer avanzado y 96 con cáncer libres de la enfermedad. Para el grupo de pacientes libres de enfermedad, se observó una orientación dominante hacia el futuro en contraste con los pacientes con cáncer avanzado donde la perspectiva temporal dominante fue el presente. Para ambos grupos una orientación hacia el pasado se asoció con angustia. Pudieron concluir que aquellos pacientes que el tiempo dominante fue el pasado reportaron niveles más altos de desesperanza, cuando el presente era el tiempo dominante reportaron menos desesperanza. Cuando el tiempo dominante era el pasado los pacientes libres de enfermedad registraron niveles más bajos de funcionamiento físico. También concluyen que tener una perspectiva del tiempo enfocada en el futuro puede estar asociado con menos angustia (van Laarhoven, Schilderman, Verhagen, & Prins, 2011)

Las investigaciones que han estudiado la perspectiva del tiempo en relación al uso de pruebas de detección de cáncer se enfocaron en la mastografía y el papanicolau. Una investigación sobre la perspectiva del tiempo y el riesgo percibido en la realización del estudio de mamografía, asoció la dimensión de futuro y la percepción del riesgo en relación al uso de la mamografía en mujeres provenientes de un hospital general en Grecia, obtuvieron una muestra de 194 mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama. En la evaluación de la perspectiva del tiempo, sólo dos de las cinco dimensiones se relacionaron significativamente con la intención en la realización de la mamografía: el futuro y el pasado positivo.

Aquellas mujeres que tienen en cuenta las probables consecuencias futuras de sus acciones son proclives a tomar en consideración los riesgos respecto a su salud. En cuanto a la realización de la mastografía, las mujeres con una orientación hacia pasado positivo mostraron una actitud positiva hacia la prueba, esto sugiere que se perciben como individuos valiosos que buscan conservar una buena salud (Griva, Anagnostopoulos, & Potamianos, 2013)

De igual forma, un estudio exploratorio con 206 mujeres latinas del estado de California en los Estados Unidos, investigó la influencia de la perspectiva del tiempo sobre el uso del estudio de papanicolau. Se encontró que las latinas más orientadas hacia el futuro tenían más probabilidades de llevar a cabo una prueba de papanicolau que las mujeres menos orientadas hacia el futuro, lo cual refuerza lo que previos estudios han expuesto sobre la relación de un enfoque hacia el futuro con conductas de protección de la salud (Roncancio, Ward, & Fernandez, 2014). Véase tabla 2.

Tabla 2. Estudios sobre la perspectiva del tiempo

Autores	Objetivo	Limitaciones
(Sansone et al., 2013)	Examinar si la perspectiva del tiempo se asoció con la probabilidad de ser un fumador o no fumador en los cinco países que varían en el hábito de fumar bajo distintas políticas de control del tabaco.	Solo tres de los cinco países tuvieron muestras totalmente representativas a nivel nacional. Además, como consecuencia del diseño de la investigación no deja claro si las diferencias individuales en la perspectiva del tiempo antecede al hábito de fumar, se recomienda estudiar si las diferencias en la perspectiva del tiempo se encuentran entre los que han dejado de fumar en comparación con los fumadores actuales y no fumadores.

(Bitsko et al., 2008)	Comprobar si la felicidad y la perspectiva del tiempo modulan el ajuste de la calidad de vida y la depresión en adolescentes supervivientes a cáncer	Es importante considerar modelos alternativos así como una muestra más grande y diversa. Se necesita más información sobre adolescentes sobrevivientes a cáncer y de enfermedades crónicas para poder generalizar los resultados de la investigación.
(van Laarhoven et al., 2011)	Evaluar la percepción del tiempo en pacientes con cáncer avanzado libres de enfermedad y examinar la relación entre la percepción del tiempo con la angustia de los pacientes.	La investigación se llevó a cabo en una muestra pequeña por lo que es difícil generalizar los resultados. Se sugiere investigar un enfoque en el pasado y sus efectos sobre el bienestar de esta población.
3)(Griva et al., 2013)	Explorar la relación de perspectiva temporal de la percepción del riesgo de cáncer de mama y la mamografía	Esta investigación no tomó en cuenta las interacciones de la PT con otras variables explicativas como las actitudes, los conocimientos o las respuestas emocionales a la detección. Se recomienda seguir la prueba para evaluar su utilidad en otros comportamientos de protección de la salud.
(Roncancio, Ward, & Fernandez,	Examinar la relación entre la orientación actual del tiempo, la	Dado que es un estudio correlacional, no se obtienen conclusiones causales. Los estudios futuros deben examinar

2014)	orientación momento en todas las subescalas del ZTPI para el futuro, y detección de determinar si éstas predicen la cáncer cervical en la detección de cáncer cervical entre las percepción subjetiva de latinas. las latinas
-------	--

Fundamentación del estudio

Los hallazgos presentados apoyan y sugieren el estudio del control personal y la perspectiva del tiempo como variables que pueden influir en el cuidado emocional y de la salud, mejorando la adaptación y el afrontamiento en el cáncer. Como se muestra en algunas investigaciones, el control personal podría estar asociado con la reducción de ansiedad, dolor y fatiga en población oncológica (Hinnen et al., 2009; Kurtz et al., 2008; Vodermaier et al., 2010). De igual forma, la perspectiva del tiempo ha sido identificada en diversos estudios como una variable predictora de conductas de prevención sobre la salud, incluso algunas de estas investigaciones se han realizado en relación al cáncer (Griva, Anagnostopoulos, & Potamianos, 2013; Roncancio, Ward, & Fernandez, 2014; Sansone et al., 2013; Van Laarhoven, Schilderman, Verhagen, & Prins, 2011).

Sin embargo, en la revisión del estado del arte a través de las principales bases de datos como PubMed, Cochrane, Psychinfo y Redalyc, utilizando términos como mastery, time perspective y breast cancer, no se encontraron investigaciones sobre el control personal y la perspectiva del tiempo en México u otros países en desarrollo, tampoco estudios que aborden una posible asociación entre éstas variables. Se considera importante explorar otras poblaciones con características diferentes a los países donde dichas investigaciones fueron realizadas, para disminuir la brecha entre las variables de interés y otros factores relacionados a las características particulares de la población de estudio, a través de las similitudes o diferencias en los resultados obtenidos.

En este sentido, realizar un estudio que relacione el control personal y la perspectiva del tiempo puede brindar resultados que podrían contribuir al desarrollo de la investigación en psicología de la salud, describiendo el estado de estas variables en la población mexicana. Los resultados obtenidos de este estudio podrían guiar el diseño de intervenciones clínicas, de psicoterapia y psicoeducación; así como apoyar a los psicólogos y otros profesionistas o personas afines a la atención de las pacientes con cáncer de mama. Con el objetivo de reconocer, estimular y tomar ventaja de estos rasgos en las pacientes para ayudarles en el manejo de las afectaciones psicológicas (Chen et al., 2015).

Objetivo general

Identificar si existe una asociación entre el control personal y la perspectiva del tiempo en mujeres mexicanas con cáncer de mama del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza”.

Hipótesis

Se espera que el control personal esté relacionado significativamente con las diferentes perspectivas temporales.

Hipótesis nula

El control personal no está relacionado significativamente con las diferentes perspectivas temporales.

Método

Diseño de investigación

De acuerdo con el objetivo de la presente investigación se optó por emplear un diseño no experimental, correlacional, transversal. Este tipo de diseño permite

estudiar las variables en un nivel de asociación y responder la pregunta de esta investigación. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más grande, el cual fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza” y contó con el número de registro R-2014-3504-40.

Participantes

La edad media de las participantes fue de 52.8 años (D.E.=10.5). El 56.1% de las participantes estaban casadas, el 60.1% de ellas contó con educación media y el 64.5% se desempeñaba como ama de casa, véase tabla 3.

Tabla 3. Datos sociodemográficos

Mujeres con cáncer de mama		
N=173		
Variables	M (D.E.)	
Edad	52.8 (10.5)	
	N	(%)
Estado civil		
Casada	97	56.1
Viviendo en unión libre	15	8.7
Con pareja	5	2.9
Soltera	18	10.4
Viuda	15	8.7
Separada/Divorciada	23	13.3
Escolaridad		
Baja	54	31.2
Media	104	60.1
Superior	15	8.7
Ocupación		
Ama de casa	111	64.5

Otra	61	35.5
------	----	------

Nota: D.E.= Desviación estándar

Fueron seleccionadas de manera no probabilística un total de 173 mujeres con cáncer de mama del Hospital Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza”.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Recibir un diagnóstico de cáncer de mama por primera vez, confirmado por medio de los resultados de un estudio histopatológico (biopsia)
- Mujeres entre 18 y 75 años de edad
- Comprender el español

los criterios de exclusión fueron:

- Haber recibido tratamiento contra el cáncer
- Pacientes recurrentes (que hayan tenido cáncer anteriormente)
- Participantes de otro protocolo de investigación en el momento de la selección de las participantes
- Tener un trastorno psiquiátrico evidente en la entrevista o referido por la paciente
- Ser hombre

Instrumentos

Control Personal

El control personal se evaluó mediante la escala de maestría/dominio de Pearlin (Pearlin & Schooler, 1978). La escala evalúa la medida en que los

participantes creen que los eventos y situaciones de su vida se encuentran bajo su propio control. Consta de 7 reactivos con respuestas en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1. Totalmente de acuerdo, 2. De acuerdo, 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4. En desacuerdo y 5. Totalmente de acuerdo). Los puntajes de cada reactivo se suman, obteniendo como mínimo un puntaje de 7 y máximo un puntaje de 35, puntajes mayores indican mayor control personal. Esta escala ha sido utilizada en contextos de estrés y afrontamiento (Hinnen et al., 2009) y ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez. En el presente estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.70 .

Perspectiva del tiempo

El inventario de perspectiva del tiempo de Zimbardo mide la orientación temporal de las personas hacia el pasado (positivo y negativo), el presente (fatalista y hedonista) o el futuro.

El instrumento original cuenta con 56 reactivos, sin embargo, para este estudio se utilizó la versión breve del inventario de perspectiva del tiempo de Zimbardo (ZTPI, por sus siglas en inglés), con el fin de proporcionar una medida igual de confiable que la original. El beneficio de utilizar esta versión breve es disminuir la probabilidad de agotamiento y desinterés hacia la prueba por parte del participante. Se compone de 15 reactivos con respuestas en escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (1. Muy falso, 2. Falso, 3. Indecisa, 4. Cierto y 5. Muy cierto). Los reactivos se agrupan en 5 categorías para evaluar: pasado positivo (3), pasado negativo (3), presente hedonista (3), presente fatalista (3) y futuro (3). Para obtener la calificación de esta escala, se obtienen las medias de cada categoría temporal donde la media más alta corresponde a la perspectiva dominante.

Esta escala reporta un índice de confiabilidad mediante test-retest de 0.73 y 0.75 para la versión original, siendo consistentes entre sí (Zimbardo y Boyd, 2015; Zhang, Howell, & Bowerman, 2013).

Para la recolección de los datos sociodemográficos se creó un cuestionario “ad hoc” para capturar datos personales relevantes para la investigación basado en el trabajo de Pérez-Fortis et al., (2016).

Procedimiento

El proceso de reclutamiento de las participantes se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza”, a través de las bases de datos del área de Oncología y Oncología Quirúrgica de dicho hospital. En un inicio, este proceso estuvo a cargo de dos psicólogas capacitadas en el manejo de las bases de datos del hospital, ellas exploraron dichas bases de datos y crearon dos formas para identificar a las candidatas. La primera fue a través de los estudios histopatológicos y la segunda por medio de la “programación de cirugía”, a continuación se describe cada una respectivamente.

Las entrevistadoras buscaron en la base de datos de “estudios histopatológicos” (biopsia), aquellos estudios que tuvieron un diagnóstico positivo a tumor maligno de la mama. Una vez identificado se tomó nota del número de seguridad social (número de registro como paciente del hospital) y posteriormente se buscó el expediente médico de la paciente y se corroboró que cumpliera los criterios de inclusión. Aquellas pacientes que fueron identificadas como candidatas se anotaron en el calendario de citas de las entrevistadoras, donde se especificó el día, la hora y el consultorio de la próxima cita de la paciente.

Las citas fueron atendidas de acuerdo al orden cronológico del calendario de las entrevistadoras. En cada cita, la entrevistadora acudió a la sala de espera correspondiente, se presentó con la paciente y esperó a que ésta recibiera el

diagnóstico por parte del oncólogo. Al término de la consulta con el médico, la entrevistadora se acercó nuevamente a la paciente para confirmar el diagnóstico, así como el resto de los criterios de inclusión.

De esta manera, cada vez que una candidata cumplió los criterios de inclusión después de recibir el diagnóstico, se le invitó a participar en el estudio y a firmar el consentimiento informado. En ese momento la entrevistadora continuó con la aplicación de los cuestionarios, sin embargo, cuando la paciente por alguna razón no pudo responder a la entrevista en ese momento, se acordó una nueva fecha para la entrevista, se anotó en la agenda y se llevó a cabo posteriormente.

También se obtuvieron participantes por medio de la “programación de cirugía”, que como su nombre lo indica, era una lista que daba a conocer el orden de las cirugías del día siguiente, incluía el nombre y el número de contacto de las pacientes que fueron sometidas a una cirugía por cáncer de mama. Al ser una lista que se elaboró un día antes de la operación, las candidatas se encontraron en sala de admisión o ya internadas en el hospital. De igual forma una vez identificada la paciente, la entrevistadora se presentó y confirmó los criterios de inclusión, cuando éstos se cumplieron se le invitó a participar en el estudio así como a firmar el consentimiento informado, y fueron aplicados los cuestionarios a la participante.

Las entrevistas fueron realizadas en sala de espera, sala de admisión, en piso (cuando la paciente estuvo internada) o en la Jefatura de oncología y tuvieron una duración promedio de 52 minutos (DE= 30.9).

El proceso de reclutamiento inició en abril del 2014 y terminó en junio del 2015, en este período de tiempo se identificaron a 1,219 posibles participantes, de las cuales 861 no cumplieron con los criterios de inclusión, de las siguientes 358 pacientes elegibles 185 no aceptaron participar por distintas razones. Finalmente participaron 173 mujeres.

Debido al incremento de las participantes en el estudio, se incorporaron 3 psicólogas más para llevar a cabo las evaluaciones. La tercer entrevistadora se integró a los 4 meses de inicio del proceso de selección de las participantes, la cuarta y quinta entrevistadoras se integraron a los 12 meses. En promedio cada una de las entrevistadoras estuvo a cargo de 35 participantes y recibió capacitación previa para la aplicación de los cuestionarios por medio del “Manual de la entrevistadora”, en donde se especificó cómo acercarse a la paciente así como la aplicación de los cuestionarios. Asimismo, se realizó una sesión presencial al comienzo del proyecto con la responsable del estudio, para clarificar dudas respecto al proceso de reclutamiento y la aplicación de entrevistas.

Análisis Estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo tomando en cuenta medidas de tendencia central y dispersión para describir a la población, asimismo, se hizo un análisis descriptivo sobre los niveles de control personal y perspectiva del tiempo. De acuerdo con los resultados en las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se determinó que la distribución de la muestra no era normal para el caso de la variable de perspectiva del tiempo. También de acuerdo a la naturaleza de las escalas, las variables fueron consideradas en un nivel ordinal por lo que se optó por realizar un análisis mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre el control personal y la perspectiva del tiempo, y se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando la probabilidad asociada fuera $p < 0.05$. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados

Análisis correlacional. De acuerdo con los coeficientes de correlación de Spearman, se encontró una relación negativa moderada y estadísticamente

significativa, entre el puntaje total de control personal y las perspectivas temporales de pasado negativo ($r=-.426$; $p<0.01$) y presente fatalista ($r=-.391$; $p<0.01$). También se identificó una correlación negativa baja y estadísticamente significativa, entre el puntaje total de control personal y el presente hedonista ($r=-.292$; $p<0.01$). Por el contrario, se identificó una correlación positiva baja y estadísticamente significativa entre el puntaje total de control personal y el pasado positivo ($r=.167$, $p<0.05$). Por último, no se encontró una relación entre el control personal y el futuro ($r=-.007$, $p>0.05$), véase tabla 4.

Tabla 4. Correlaciones entre control personal y perspectiva del tiempo

	Pasado negativo	Pasado positivo	Presente fatalista	Presente hedonista	Futuro
Puntaje total de control personal	-.42**	.16*	-.39**	-.29**	-.007

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

La media de control personal así como las medias de las cinco categorías de la perspectiva del tiempo se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 5. Media del control personal y la perspectiva del tiempo

	Media	D.E.
Control personal	23.57	4.36
Pasado negativo	2.94	.941
Pasado positivo	3.93	.642

Presente fatalista	3.36	.675
Presente hedonista	3.27	.744
Futuro	3.68	.583

Discusión

El objetivo de este estudio consistió en identificar la posible existencia de una asociación entre el control personal y la perspectiva del tiempo, en mujeres con cáncer de mama del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza”.

Con base en los datos, se identificó una relación entre el control personal y cinco categorías que componen la perspectiva del tiempo; es así que se asoció de manera negativa, moderada y estadísticamente significativa el control personal y el pasado negativo, siendo ésta la relación con mayor fuerza de asociación. Este resultado indica que las pacientes con cáncer de mama con menor control personal se enfocaron más hacia el pasado negativo y viceversa, aquellas con mayor control personal se enfocaron menos hacia el pasado negativo. Este hallazgo es similar a otras investigaciones donde se ha relacionado mayor control personal con menor ansiedad, depresión y baja autoestima (Hinnen et al., 2009; Vodermaier et al., 2010), mismas variables que, de acuerdo a otras investigaciones, se han asociado a un enfoque en el pasado negativo (Bitsko et al., 2008; Zimbardo & Boyd, 1999).

Esta asociación puede deberse a que las pacientes con un enfoque en el pasado negativo presentan actitudes y pensamientos negativos, por ejemplo: “Pienso en las cosas dolorosas del pasado”, “Siempre me pasan cosas malas”, entre otros; estos pensamientos reflejan una visión pesimista sobre el pasado, la cual puede deberse a eventos desagradables o traumáticos, o a la reconstrucción

negativa de las experiencias de vida (Zimbardo & Boyd, 1999). Dicho lo anterior, aquellas pacientes que mostraron menor control personal y se enfocaron más en el pasado negativo podrían presentar una actitud de desamparo o indefensión ante los eventos desagradables que han vivido, y probablemente al no poder resolver de manera satisfactoria las adversidades podrían percibir que lo que hacen no influye sobre dichas situaciones, disminuyendo de esta manera su percepción de control personal.

Zimbardo y Boyd (1999), han descrito que la rumiación se presenta frecuentemente en personas con un enfoque en el pasado negativo, en este sentido, las pacientes que tienen mayor control personal y se enfocan menos en el pasado negativo podrían tener también menor rumiación. Una posible explicación a esto podría ser que las pacientes con mayor control personal logran reprimir pensamientos desagradables y enfocarse menos en experiencias negativas del pasado, de la misma manera que cuando se enfocan más en el pasado negativo podría indicar más pensamientos intrusivos y por lo tanto menor control personal.

Otra de las asociaciones identificadas como negativa, moderada y estadísticamente significativa fue entre el control personal y el presente fatalista, es decir, aquellas pacientes que tuvieron menor control personal se enfocaron más en el presente fatalista, de igual forma aquellas que tuvieron mayor control personal se enfocaron menos en el presente fatalista. Esta perspectiva del tiempo se ha asociado positiva y significativamente con estados de ansiedad y depresión (Zimbardo y Boyd, 1999), lo que coincide con otros estudios donde reportan que mayor control personal se ha asociado con menor ansiedad específica a cáncer (Hinnen et al., 2009; Vodermaier et al., 2010).

Este resultado puede deberse a que las pacientes con un enfoque en el presente fatalista reflejan una visión pesimista del futuro, así como una actitud de resignación sobre el presente como algo que no pueden cambiar (Zimbardo y

Boyd, 1999), frente a esta actitud es probable que perciban menor control personal al sentir que no pueden influir sobre las adversidades del presente.

Dicha asociación también podría deberse al momento en que las pacientes fueron evaluadas, ya que habían recibido recientemente el diagnóstico, el cual ha sido descrito por la literatura como un momento de choque en el que las pacientes pueden experimentar ansiedad, incertidumbre, desconocimiento de la enfermedad y sobrevaloración del diagnóstico como algo mortal (De Jonge, Vlasselaer, Van de Putte, y Schobbens, 2009; Pérez-Fortis et al., 2016), contribuyendo a una visión fatalista del presente y del futuro, lo cual puede observarse en pensamientos como “Me voy a morir”, “No puedo cambiar las cosas que me pasan”, “Es mi destino”, entre otras.

De manera similar, se encontró una asociación negativa, baja y estadísticamente significativa entre el control personal y el presente hedonista. Esta asociación negativa es coherente con la literatura debido a la oposición natural de las características del presente hedonista y el control personal, ya que el primero se ha asociado con la búsqueda de sensaciones placenteras, baja consideración sobre las consecuencias futuras y bajo control de impulsos (Zimbardo y Boyd, 1999), y el segundo se basa en el dominio de una persona sobre las circunstancias de su propia vida (Pearlin y Schooler, 1978), suponiendo que al percibir que controla o domina dichas circunstancias esto lo lleve a controlar sus impulsos y a considerar las consecuencias de sus acciones.

Dicho lo anterior, esta asociación indica que las pacientes con mayor control personal se enfocaron menos en el presente hedonista, probablemente estaban menos enfocadas en la obtención de sensaciones placenteras y más enfocadas en lo que podían hacer, por ejemplo; seguir las indicaciones del personal de salud de la institución, saber que tipo de tratamiento iban a seguir, buscar segundas opiniones médicas, resolver aspectos de su vida laboral y personal, entre otras.

En el sentido opuesto, las pacientes con menor control personal se enfocaron más en el presente hedonista, esto puede deberse a su bajo control personal en el que las pacientes pudieron considerar que no podían influir en lo que les ocurría, tomando una actitud de desamparo por lo que la búsqueda de sensaciones placenteras podría considerarse como un recurso evitativo para enfrentar la situación desagradable que estaban pasando, aunado a la baja consideración de las consecuencias de sus acciones (Yu & Sherman, 2015; Zimbardo & Boyd, 2015).

Por último, se identificó una asociación positiva, baja y estadísticamente significativa entre el control personal y el pasado positivo. Esta asociación coincide con investigaciones como la de Vodermaier et al. (2010), donde destacó la importancia del control personal como un recurso de afrontamiento positivo al diagnóstico, de la misma manera que Griva et al. (2013) reportaron que un enfoque en el pasado positivo se asoció con una actitud positiva hacia las pruebas de diagnóstico. De igual forma, tanto el control personal como un enfoque en el pasado positivo se han asociado con mayor autoestima, la cual está estrechamente relacionada a los recursos personales para enfrentar las tensiones o amenazas del entorno (Pearlin y Schooler, 1978; Zimbardo y Boyd, 1999).

De acuerdo con lo anterior, las pacientes con mayor control personal se enfocan más en los aspectos positivos del pasado, probablemente debido a su capacidad para controlar pensamientos desagradables, así como para enfrentar eventos difíciles en su vida, esto podría ser un reforzador positivo sobre sus acciones, lo que les ha permitido percibir que pueden influir sobre las cosas que le suceden fortaleciendo de esta manera su control personal.

Dicha asociación entre el control personal y el pasado positivo es bastante coherente con las anteriormente descritas, ya que a menor control personal las pacientes se orientarían menos en el pasado positivo dando lugar a enfoques

como el pasado negativo, presente fatalista o presente hedonista, donde se asociaron negativamente.

En el caso de un enfoque en el futuro no se asoció con el control personal, este resultado es similar a otras investigaciones donde se ha observado que pacientes oncológicos se enfocan más en el pasado y en el presente pero no en el futuro (van Laarhoven et al., 2011). Esto puede deberse a la incertidumbre sobre los riesgos de supervivencia implicados en el proceso de la enfermedad y a la condición de la misma.

La media de control personal así como las medias de la perspectiva del tiempo se muestran similares a estudios como el de Hinnen et al. (2009) y Griva et al. (2013) respectivamente.

Las perspectivas temporales de pasado negativo, presente fatalista y presente hedonista pueden ser indicadores del contexto negativo en el que las pacientes de este estudio se encontraban inmersas, lo cual en la práctica clínica se convierte en factores de riesgo para presentar disfunciones cognitivas y conductuales que se pueden ver reflejadas en el estado de ánimo (ansiedad y depresión) . Por otro lado, la asociación positiva entre el control personal y el pasado positivo sugiere hacer énfasis en los aspectos positivos de las experiencias de vida, así como desarrollar mayor control personal podría ser una herramienta que también mejore la autoestima y que estos recursos ayuden a las pacientes a enfrentar de mejor manera la lucha contra el cáncer.

Sin duda alguna enfrentar una enfermedad como el cáncer de mama requiere de herramientas que favorezcan acciones en tiempo presente para adaptarse y superar ésta enfermedad, por lo que trabajar en aspectos específicos como el control personal y una reestructuración de la perspectiva del tiempo que

promuevan el bienestar en las pacientes, son factores que se recomiendan tomar en cuenta al intervenir en poblaciones como la del presente estudio.

Limitaciones y sugerencias para futuros estudios

Una de las limitaciones de la investigación fue que los instrumentos de control personal (PMS) y el inventario de perspectiva del tiempo en su versión breve (ZTPI) no fueron validados en población mexicana, no obstante, las versiones aplicadas mostraron adecuadas propiedades psicométricas. Sin embargo, se reconoce la relevancia de llevar a cabo la validación de dichos instrumentos para futuras investigaciones.

Para el caso en el que se desee replicar este estudio, se recomienda incluir en los objetivos variables sociodemográficas que puedan enriquecer la interpretación de los resultados.

De igual forma debe considerarse que con base en la metodología aplicada en este estudio no se puede determinar causalidad entre las variables analizadas, y aunque el número de participantes para esta investigación fue bueno, se recomienda para futuras investigaciones, calcular el tamaño de la muestra.

A pesar de las limitaciones, el presente estudio pudo identificar la relación entre el control personal y cuatro categorías de la perspectiva del tiempo las cuales fueron: pasado negativo, presente fatalista, presente hedonista y pasado positivo. Dichas asociaciones podrían tener interesantes aportaciones en la práctica clínica con pacientes similares a las participantes de esta investigación, así como para el conocimiento general de ambas variables en el contexto oncológico mexicano, por lo cual se resaltan los resultados del presente estudio. Además de ser un producto nuevo ya que hasta conocimiento de la autora, este es el primer estudio que describe la asociación entre el control personal y la perspectiva del tiempo.

Referencias

- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 239–244. [http://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](http://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755–765. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of Life Among Younger Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322–3330. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.130>
- Bitsko, M. J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E. C., & Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(3), 613–619. <https://doi.org/10.1002/pbc.21337>
- Boswell, E. N., & Dizon, D. S. (2015). Breast cancer and sexual function. *Translational Andrology and Urology*, 4(2), 160–168. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.12.04>
- Boyages, J., Kalfa, S., Xu, Y., Koelmeyer, L., Mackie, H., Viveros, H., ... Gollan, P. (2016). Worse and worse off: the impact of lymphedema on work and career after breast cancer. *SpringerPlus*, 5(1). <http://doi.org/10.1186/s40064-016-2300-8>

Brown, Z., LaSalle, D., & Platt, E. (2013). The Basics. Davis, C. (Ed), One hundred questions & answers (pp. 1-15). EUA: Jones and Bartett Publishers, Inc.

Cárdenas, J., Bargalló, E., Erazo, A., Maafs, E. & Poitevín, A.(2013). Tratamiento del cáncer mamario. En Gonzalez, J. & Dávila, J. (Ed), Consenso Mexicano de cáncer mamario (pp 89-117). Ciudad de México, México: Impresiones Editoriales FT.

Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245–266.

Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M., & Pozo-Kaderman, C. (2000). How Important is the Perception of Personal Control? Studies of Early Stage Breast Cancer Patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 139–149. <https://doi.org/10.1177/0146167200264001>

Conley, C., Bishop, B., & Andersen, B. (2016). Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Healthcare*, 4(3), 56.
<https://doi.org/10.3390/healthcare4030056>

Chang, O., Choi, E.-K., Kim, I.-R., Nam, S.-J., Lee, J. E., Lee, S. K., ... Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(20), 8607–8612.

Chen, Y.-C., Huang, H.-M., Kao, C.-C., Sun, C.-K., Chiang, C.-Y., & Sun, F.-K. (2015).

The Psychological Process of Breast Cancer Patients Receiving Initial

Chemotherapy: Rising From the Ashes. *Cancer Nursing*.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000331>

Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS. Recuperado

de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

Marzo, 2016.

de Jonge, E. T. M., Vlasselaer, J., Van de Putte, G., & Schobbens, J.-C. (2009). The

construct of breast cancer risk perception: need for a better risk communication?

Facts, Views & Vision in ObGyn, 1(2), 122–129.

Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for biomedicine.

Science, New Series, 196(4286), 129-136.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin

DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality

Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for

Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, recuperado

Octubre, 2016.

Garduño, C., Sánchez-Sosa, J. J., & Riveros, A. (2010). CALIDAD DE VIDA Y

CÁNCER DE MAMA: EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-

CONDUCTUAL. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69–80.

Gonzalez, E., & Noblía, C. (2016). Tratamiento sistémico: Adyuvancia, parámetros para su indicación y utilidad de las firmas genéticas. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (pp. 87-99). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.

Grau, J. y Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Griva, F., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2013). Time perspective and perceived risk as related to mammography screening. *Women & Health*, 53(8), 761–776. <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.836140>

Güth, U., Huang, D., Alder, J., & Moffat, R. (2015). Family ties: young breast cancer patients and their children. *Swiss Medical Weekly*.
<https://doi.org/10.4414/smw.2015.14163>

Hernández, S., Fernández, C. Y Batista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hinnen, C., Ranchor, A. V., Baas, P. C., Sanderman, R., & Hagedoorn, M. (2009). Partner support and distress in women with breast cancer: The role of patients'

awareness of support and level of mastery. *Psychology & Health*, 24(4), 439–455.

<https://doi.org/10.1080/08870440801919513>

Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206–221.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2015). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de datos: Tabulados básico, México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> , Agosto 2016.

Jagsi, R., Pottow, J. A. E., Griffith, K. A., Bradley, C., Hamilton, A. S., Graff, J., ... Hawley, S. T. (2014). Long-Term Financial Burden of Breast Cancer: Experiences of a Diverse Cohort of Survivors Identified Through Population-Based Registries. *Journal of Clinical Oncology*, 32(12), 1269–1276. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.53.0956>

Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2008). Patient optimism and mastery-do they play a role in cancer patients' management of pain and fatigue? *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.010>

- Larsen, Thomassen, M., Gerdes, A.-M., & Kruse, T. A. (2014). Hereditary Breast Cancer: Clinical, Pathological and Molecular Characteristics. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 145. <https://doi.org/10.4137/BCBCR.S18715>
- Lazcano, E., Escudero, P., Uscanga, SR. (2014). Diagnóstico integral de caso confirmado. Cáncer de mama (pp. 403-413). Cuenavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35(9), 807.
- Mausbach, B. T., von Känel, R., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Depp, C. A., Aschbacher, K., ... Grant, I. (2008). The moderating effect of personal mastery and the relations between stress and Plasminogen Activator Inhibitor-1 (PAI-1) antigen. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(2 Suppl), S172-179. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2\(Suppl.\).S172](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S172)
- Miranda, B., Vidal, S. A., Mello, M. J. G. de, Lima, J. T. de O., Rêgo, J. C., Pantaleão, M. C., ... Costa Júnior, J. I. da. (2016). Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 62(3), 207–211. <http://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.207>
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México, D.F.: PyV, Plaza y Valdés editores. p. 27

Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración Alma-Ata. Salud para todos.

Organización Mundial de la Salud (2016). Cáncer de mama, prevención y control. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html> , Octubre 2016.

Playdon, M. C., Bracken, M. B., Sanft, T. B., Ligibel, J. A., Harrigan, M., & Irwin, M. L. (2015). Weight Gain After Breast Cancer Diagnosis and All-Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 107(12), djv275. <https://doi.org/10.1093/jnci/djv275>

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21.

Pérez-Fortis, A., Schroevers, M. J., Fleer, J., Alanís-López, P., Veloz-Martínez, M. G., Ornelas-Mejorada, R. E., ... Sánchez Sosa, J. J. (2016). Psychological burden at the time of diagnosis among Mexican breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4098>

Raque-Bogdan, T. L., Hoffman, M. A., Ginter, A. C., Piontkowski, S., Schexnayder, K., & White, R. (2015). The work life and career development of young breast cancer survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 655–669. <https://doi.org/10.1037/cou0000068>

Roncancio, A. M., Ward, K. K., & Fernandez, M. E. (2014). The influence of time perspective on cervical cancer screening among Latinas in the United States. *Journal of Health Psychology, 19*(12), 1547–1553.
<https://doi.org/10.1177/1359105313495073>

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2011). The Interaction of Personal and Parental Education on Health. *Social Science & Medicine (1982), 72*(4), 591.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.028>

Ruscio, A. M., Gentes, E. L., Jones, J. D., Hallion, L. S., Coleman, E. S., & Swendsen, J. (2015). Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(1), 17–26. <https://doi.org/10.1037/abn0000025>

Sansone, G., Fong, G. T., Hall, P. A., Guignard, R., Beck, F., Mons, U., ... Jiang, Y. (2013). Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. *BMC Public Health, 13*, 346. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-346>

Simón, M. A. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. p.30

Sociedad Americana contra el cáncer (2016). ¿Qué es el cáncer de seno?.

Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/>, Octubre 2016.

van Laarhoven, H. W. M., Schilderman, J., Verhagen, C. A. H. H. V. M., & Prins, J. B. (2011). Time perception of cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients in a palliative, end-of-life-care setting. *Cancer Nursing*, 34(6), 453–463. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820f4eb7>

Vodermaier, A., Esplen, M. J., & Maheu, C. (2010). Can self-esteem, mastery and perceived stigma predict long-term adjustment in women carrying a BRCA1/2-mutation? Evidence from a multi-center study. *Familial Cancer*, 9(3), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s10689-010-9325-x>

Yu, Y., & Sherman, K. A. (2015). Communication avoidance, coping and psychological distress of women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 565–577. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9636-3>

Zhang, J. W., Howell, R. T., & Bowerman, T. (2013). Validating a brief measure of the Zimbardo Time Perspective Inventory. *Time & Society*, 22(3), 391–409. <https://doi.org/10.1177/0961463X12441174>

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2015). Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. En M. Stolarski, N. Fieulaine, & W. van Beek (Eds.),

Time Perspective Theory; Review, Research and Application (pp. 17–55). Cham:
Springer International Publishing. Recuperado a partir de
http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-07368-2_2

ANEXOS

Protocolo de evaluación T3

PMS

Pearlin & Schooler, 1978

INSTRUCCIONES: Voy a leerle una serie de enunciados. Por favor, indíqueme hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con dichos enunciados.

	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 NI en acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
1. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan	1	2	3	4	5
2. Realmente no sé cómo resolver algunos de los problemas que tengo	1	2	3	4	5
3. No hay mucho que yo pueda hacer para cambiar cosas importantes en mi vida	1	2	3	4	5
4. Con frecuencia me siento incapaz de enfrentar los problemas de la vida	1	2	3	4	5
5. A veces siento como si estuviera a la deriva	1	2	3	4	5
6. Lo que me pase en el futuro, depende en gran parte de mí	1	2	3	4	5
7. Puedo hacer casi cualquier cosa si me decido a hacerla	1	2	3	4	5
8. Puedo determinar en gran parte cómo es mi vida	1	2	3	4	5
9. Tengo el control de la mayoría de las cosas que suceden en mi vida	1	2	3	4	5
10. La solución a mis problemas está principalmente en mis manos.	1	2	3	4	5

Protocolo de evaluación T3

SZTPI-15

Zhang et al. 2013

INSTRUCCIONES: Voy a leerle una serie de enunciados. Por favor, indíqueme "qué tan característico o cierto es esto de usted?"

1	2	3	4	5
Muy falso	Falso	Indecisa	Cierto	Muy cierto

1	Pienso sobre las cosas malas que me han ocurrido en el pasado	1	2	3	4	5
2	Las experiencias dolorosas del pasado se siguen repitiendo en mi mente	1	2	3	4	5
3	Es difícil para mí olvidar imágenes desagradables de mi juventud	1	2	3	4	5
4	Las imágenes, sonidos, y olores familiares de la infancia, frecuentemente traen a mi memoria una cantidad de recuerdos maravillosos	1	2	3	4	5
5	Los recuerdos felices de los buenos tiempos vienen fácilmente a mi mente	1	2	3	4	5
6	Disfruto de historias sobre cómo solían ser las cosas en los "buenos viejos tiempos"	1	2	3	4	5
7	La vida hoy en día es demasiado complicada; preferiría la vida más simple del pasado	1	2	3	4	5
8	No importa realmente lo que yo haga, pasará lo que tenga que pasar	1	2	3	4	5
9	A menudo pienso que la suerte compensa más que el trabajo duro	1	2	3	4	5
10	Tomo decisiones en el impulso del momento	1	2	3	4	5
11	Tomar riesgos evita que mi vida se vuelva aburrida	1	2	3	4	5
12	Es importante poner emoción a mi vida	1	2	3	4	5
13	Cuando quiero lograr algo, establezco metas y considero los medios para poder lograrlas	1	2	3	4	5
14	Cumplir con plazos y preparar el trabajo para el día siguiente es más importante que la diversión de hoy en la noche	1	2	3	4	5
15	Termino proyectos a tiempo, haciendo un progreso constante	1	2	3	4	5



umcg



UMAE: Hospital de ginecología y obstetricia Centro Médico Nacional “La Raza” Instituto Mexicano del Seguro Social

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“Necesidades de cuidado, pronóstico afectivo, y perspectiva del tiempo entre pacientes mexicanas con cáncer de mama: Un estudio longitudinal”.

Declaro que:

He sido suficientemente informada sobre la investigación. Me han proporcionado la información sobre los detalles de mi participación por escrito. Me han dado la oportunidad para hacer preguntas y aclarar mis dudas.

Doy mi consentimiento para usar algunos datos de mi expediente médico relacionados con el diagnóstico tales como, etapa de la enfermedad, tipo de cáncer, tipo de tratamiento a seguir; únicamente para este estudio.

Se me ha informado sobre los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Se me ha informado que toda la información que proporcione será absolutamente confidencial.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- cuando quiera

- sin tener que dar explicaciones

- sin consecuencias de ningún tipo y sin que repercuta en la atención y los servicios que recibo en el hospital. Siéntase en absoluta libertad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio antes de firmar el presente consentimiento, e incluso después de haberlo firmado.

Acepto que he podido preguntar y aclarar mis dudas, las cuales han sido correctamente atendidas. Por lo tanto, con mi firma otorgo mi consentimiento para participar en esta investigación.

En México, DF, a de de 2014.

Nombre:.....

Firma:.....

Declaro que he informado todo lo anterior a la persona arriba mencionada, aclarando sus dudas y apreciando su comprensión de todo lo expuesto.

Nombre:..... Función:.....

Firma:

Muchas gracias por su colaboración