



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en psicología de la salud

**EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y EL AFECTO EMOCIONAL EN LA
ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN MUJERES ENTRE 30-80 AÑOS
DIAGNOSTICADA CON CÁNCER DE MAMA,
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE IXTAPALUCA.**

Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

IRIS REBECA SANTILLÁN PINEDA.

Director: Dra. LORENA ALEJANDRA FLORES PLATA.

Dictaminador: Dra. Sandra Cerezo Reséndiz.

Mtra. Christian Sandoval Espinoza.



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, junio de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice.

Resumen.....	4
Introducción	8
Marco Teórico.....	13
Capítulo 1. Enfermedades crónicas no transmisibles	13
Cáncer	14
Cáncer de mama	17
Estadísticas	31
Consecuencias psicológicas que influyen en el diagnóstico de CaMa.....	33
Capítulo 2. Apoyo social percibido.....	37
Definición de apoyo social	38
Apoyo social emocional.....	44
Apoyo social instrumental	47
Apoyo social informativo.....	49
Apoyo de Grupos de pares	52
Capítulo 3. Afecto emocional negativo o positivo.....	55
Definición de afecto positivo-negativo.....	56
Capítulo 4. Adaptación a la enfermedad	66
Definición de adaptación a la enfermedad.....	66
Capítulo. 5 Método	81
Objetivo general	81
Diseño del estudio.....	82
Pregunta de investigación.....	82
Hipótesis de investigación.....	82
Escenario.....	83
Población que se evaluará	83
VARIABLES	84
Instrumentos de evaluación	85
Análisis de datos.....	88
Recolección de datos	89
Consideraciones éticas	90

Capítulo 6 Resultados.....	91
Capítulo 7 Discusión y Conclusión.....	105
Referencias	121
Anexos y/o apéndices.....	141

Resumen

El cáncer de mama cada año contabiliza 685 mil defunciones, ocupa el segundo lugar de incidencia y el quinto lugar en mortalidad a nivel mundial, provoca el 14% de las defunciones por tumores malignos. En México, el último censo del INEGI (2020), indica que en el año 2020, fallecieron 7 880 personas por tumores malignos de seno, ubicándolo en la principal causa de muerte en las mujeres, donde la tasa de incidencia en grupo de edad se encuentra de los 60 años o más. El objetivo general de este estudio fue evaluar el apoyo social percibido, así como el afecto emocional positivo y negativo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), en consulta externa, para conocer la relación de adaptación a la enfermedad con las emociones positivas-negativas y con el apoyo social percibido. La importancia de medir estas variables radica en que nos pueden dar parámetros de posibles problemas psicológicos que afecten su estado emocional y que lleven a las pacientes al abandono del tratamiento. Para evaluando al inicio y después de 2 meses de iniciado el mismo, se identificaron 12 participantes que reunían los criterios de inclusión, quedando al final solo 10 participantes, se aplicaron los instrumentos: Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS); Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC); Afecto Positivo y Negativo (PANAS); Inventario de Ansiedad y depresión de Beck. En dos etapas (pretest- posttest) al inicio del diagnóstico y dos meses después de iniciado el tratamiento oncológico durante los meses de enero a abril del 2022. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para determinar la relación entre las variables. Entre las variables relacionadas con el apoyo social, el 90% de las participantes contaban con una red de apoyo al momento de recibir el diagnóstico, misma que se sostuvo una vez iniciado su tratamiento oncológico. Sobre las

variables de afecto positivo el nivel de afecto positivo fue del 90% al calificar como alta (AP alto => 3.29). Con respecto a la variable de afecto negativo miedo y vergüenza calificando afecto negativo como alto (AN alto => 1.99) en el 100% de las participantes, obteniendo un balance emocional (BE bajo= menor de 1.6) en el 100% de las participantes. En la escala Espíritu de Lucha al momento del diagnóstico de cáncer, se obtuvo puntuaciones altas del 100%. En relación con la Desesperanza/Desamparo (Indefensión), al momento del diagnóstico el 60% de las participantes obteniendo una puntuación > 12. Para la dimensión de Preocupación Ansiosa, el 30% por encima del punto de corte (26/27). En la dimensión de Fatalismo Aceptación Estoica al momento del diagnóstico el 70% de las participantes calificaron con puntuación mayor al corte (23/24). En relación con el nivel de ansiedad el 40% de las participantes se encontraban sin ansiedad, el 20% mostró ansiedad leve, el 20% ansiedad moderada y el 20% ansiedad grave. Al analizar el nivel de depresión de las participantes al inicio del diagnóstico y al cabo de dos meses iniciado su tratamiento, resultó que 100% de las participantes presentaron niveles de depresión en el nivel moderado a severa tanto para el pretest como para el postest. Conclusión, las participantes manifestaron a su manera el uso de estilos de afrontamiento centrados en el problema buscando estrategias de apoyo social y planificación, asociado a creencias positivas de control internas y externas, algunas utilizando creencias de espiritualidad/religiosidad y una adecuada percepción de apoyo social de su entorno.

Palabras clave: cáncer de mama, apoyo social percibido, afecto negativo-positivo y ajuste mental al cáncer.

Abstract

Breast cancer each year accounts for 685 thousand deaths, ranks second in incidence and fifth in mortality worldwide, causing 14% of deaths from malignant tumors. In Mexico, the latest INEGI census (2020) indicates that in 2020, 7,880 people died from malignant breast tumors, placing it as the main cause of death in women, where the incidence rate in age group is 60 years or older. The general objective of this study was to evaluate the perceived social support, as well as the positive and negative emotional affect in women diagnosed with breast cancer, treated at the Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), in outpatient consultation, to know the relationship of adaptation to the disease with positive-negative emotions and with perceived social support. The importance of measuring these variables lies in the fact that they can give us parameters of possible psychological problems that affect their emotional state and that lead patients to abandon treatment. To evaluate at the beginning and after 2 months of starting it, 12 participants were identified who met the inclusion criteria, leaving only 10 participants at the end, the instruments were applied: Perceived Social Support Questionnaire (MOS); Cancer Mental Adjustment Scale (MAC); Positive and Negative Affect (PANAS); Beck Anxiety and Depression Inventory. In two times (pretest-posttest) at the beginning of the diagnosis and two months after starting cancer treatment during the months of January to April 2022. Descriptive statistical analyzes were performed to determine the relationship between the variables. Among the variables related to social support, 90% of the participants had a support network at the time of receiving the diagnosis, which was maintained once their cancer treatment began. Regarding the positive affect variables, the level of positive affect was 90% when qualifying as high (AP high => 3.29). Regarding the variant of negative affect, fear and shame, qualifying negative affect as high (AN high = > 1.99) in 100% of

the participants, obtaining an emotional balance (BE low = less than 1.6) in 100% of the participants. On the Fighting Spirit scale at the time of cancer diagnosis, high scores of 100% were obtained. In relation to Hopelessness/Helplessness (Helplessness), at the time of diagnosis, 60% of the participants obtained a score > 12 . For the Anxious Concern dimension, 30% were above the cut-off point (26/27). In the Stoic Acceptance Fatalism dimension at the time of diagnosis, 70% of the participants qualified with a score higher than the cutoff (23/24). In relation to the level of anxiety that the participants were without anxiety, 20% showed mild anxiety, 20% moderate anxiety and 20% severe anxiety. When analyzing the level of depression of the participants at the beginning of the diagnosis and after two months of starting their treatment, it turned out that 100% of the participants presented levels of depression at the level for both the pretest and the posttest from moderate to severe. Conclusion, the participants manifested in their own way the use of problem-focused coping styles seeking social support strategies and planning, associated with positive internal and external control beliefs, some using beliefs of spirituality/religiosity and an adequate perception of social support. of your environment.

Keywords: breast cancer, perceived negative-positive affect social support and mental adjustment to cancer.

Introducción

Hoy en día hablar de cáncer es un tema delicado, se ha convertido en un problema mundial debido a que cada vez son más las personas que lo padecen, quizás se debe al envejecimiento de la población, ocupando el segundo lugar dentro de la clasificación de enfermedades prematuras mortales como parte de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Según datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS 2021) son 9.0 millones de personas a nivel mundial que lo padecen, aunque hoy en día los avances terapéuticos han logrado una mayor supervivencia (si se detecta a tiempo), no es posible dejar de vincular la palabra cáncer con el miedo, desolación y muerte.

Padecer cualquier tipo de cáncer, representa un impacto biopsicosocial para la persona que es diagnosticada, su vida cambia de un día a otro. El ser un paciente oncológico es algo complicado tiene que enfrentar tratamientos que resultan ser incluso más agresivos que la propia enfermedad, los tratamientos oncológicos, se llevan a cabo por largos períodos con efectos secundarios diversos como pueden ser alopecia, vómitos, niveles bajos de hemoglobina, dolores musculares, diarrea, agotamiento entre muchos más, que desgasta al paciente, su vida laboral, social y familiar da un giro para el cual no se está preparado. La mayoría de las personas entienden la salud como algo natural, a la cual no se le da demasiada importancia hasta que se ha perdido.

Si bien es cierto que cada cáncer tiene sus rasgos particulares, el cáncer de mama es sinónimo de sufrimiento, culpa, vergüenza, e incluso abandono, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2021), reporta que a nivel mundial, cada año se contabilizan 685 mil defunciones por cáncer de mama, ocupa el segundo lugar de incidencia y el quinto lugar en mortalidad por cáncer a nivel mundial, provoca el 14% de las defunciones por

tumores malignos. En México, de acuerdo con el último censo del INEGI (2020), indica que en el año 2020, fallecieron 7 880 personas por tumores malignos de seno, ubicándolo en la principal causa de muerte en las mujeres, donde la tasa de incidencia en grupo de edad se encuentra de los 60 años o más por cada 100 000 mujeres. Las investigaciones en psicología de la salud en oncología son necesarias ya que la cifra de nuevos casos que requieren atención psicológica es cada día más elevada y por desgracia la mayoría de los casos en nuestro país se diagnostican en etapas clínicas avanzadas donde se aplican tratamientos más invasivos y de menor efectividad generando una mayor ansiedad y depresión.

Los factores de riesgo son muchos desde el hecho de ser mujer y empezar a envejecer como lo señala ACS (2021), hasta hábitos y comportamientos; por lo tanto, son multi factores los que influyen en su aparición, como pueden ser biológicos, ambientales, relacionados con los antecedentes reproductivos y factores relacionados con el estilo de vida.

Flórez (1994), señala que el recibir el diagnóstico de este tipo de cáncer en la mayoría de las mujeres provoca un shock emocional significativo, diferente a otros tipos de carcinomas, debido al deterioro físico visible, en virtud de que se ve afectada su feminidad, atractivo sexual y reproducción sexual, lo que provocará una gran angustia el solo hecho de pensar en la extirpación de la mama y ver afectada su belleza y seducción es sinónimo de preocupación, las consecuencias físicas y psicológicas provocan un desequilibrio emocional importante, al plantearse una serie de cuestiones que tienen que ver con el cambio de rol de ser la cuidadora principal de la familia, a ser cuidada por los miembros de esta, generando una dependencia socio-familiar, así como si las limitaciones físicas le imposibilitan el regreso al trabajo; cuál será el impacto familiar, social y económico a partir del diagnóstico;

cómo afectara esto su relación con su pareja y con sus hijos o si se es soltera cómo afectara en el futuro su sexualidad y fertilidad, o que efectos secundarios tendrás los tratamientos y sus consecuencias dolientes por mencionar algunos.

Estas consecuencias que afectan el área física, sexual, psicológica y social, requieren de un apoyo social que se encuentre disponible y que sirva de sostén emocional para generar bienestar durante el proceso del tratamiento. El ser humano por su naturaleza biológica, psicológica y social busca constantemente relacionarse con otros seres humanos, desarrollando vínculos afectivos con redes sociales de personas cercanas e íntimas como familiares, amigos, compañeros de trabajo incluso vecinos, que sirvan como soporte regulador en el ámbito psicológico emocional y conductual de cada persona.

Al generarse estas relaciones sociales se crean apoyos sociales tales como consuelo físico, escuchar con empatía, prestar dinero, acompañar al médico o dar consejo (apoyo emocional, apoyo instrumental, e informacional) que llevan a la persona a sentirse amado, cuidado, apreciado y capaz (apoyo social percibido) las cuales son fundamentales para mantener un equilibrio emocional, siendo el apoyo percibido el que tiene mayor efecto benéfico sobre la salud y ajuste psicológico, mejora el estado psicofisiológico al repercutir en las funciones afectivo conductivo y conductual de la persona e influye directamente sobre el desarrollo de su autoestima (Drageset et al. 2012).

Los pacientes oncológicos son vistos como persona débiles llenos de tristeza, de dolor y con emociones negativas, quizás por la enorme relación que existe del término cáncer con la muerte arraigado en el lenguaje popular, estos estados emocionales se relacionan de una forma directa con la salud, por esta razón, crece la necesidad de que las personas diagnosticadas de CaMa, tengan un acompañamiento psicooncológico que les ayude a reducir las emociones negativas que genera la enfermedad y puedan aumentar las

emociones positivas que les produzcan bienestar, que resten el deterioro físico producido por este proceso, buscar un equilibrio mental que permita a las mujeres con CaMa, una mejor expresión de los sentimientos.

Las emociones positivas están relacionadas con un desarrollo y crecimiento personal, con una mejor integración social, que conduce a formular estrategias cognitivas claras, generando un incremento de estrategias tanto intelectuales como personales ante el problema de padecer cáncer. Sin embargo, las emociones negativas tienden a disminuir las formas de actuación, limitando la toma de decisiones, al desplegar una actitud evasiva.

Las reacciones emocionales naturales que produce la enfermedad de CaMa en las mujeres, pueden ser el miedo, ansiedad y depresión, pues se percibe la enfermedad como un daño o pérdida, algunas mujeres utilizan como estrategia de afrontamiento la evitación, es decir, el paciente se aleja cognitiva y conductualmente de lo relacionado con el tratamiento del cáncer; por otro lado, existen mujeres que perciben la enfermedad como un desafío, buscan información sobre la misma, lo que en oncología se conoce como ponerle apellido a su cáncer, son optimistas ante el diagnóstico, y mantienen hábitos saludables; este tipo de mujeres terminan viendo su enfermedad con sentido del humor, aprovechando los beneficios psicológicos que esto produce, permitiendo una mayor adaptación al tratamiento, reduciendo el sufrimiento, ven la enfermedad como un reto y no como una derrota. A este tipo de estrategia de afrontamiento se les conoce como adaptación a la enfermedad.

Esta adaptación no se genera de inmediato tras el diagnóstico, sino que se realiza paulatinamente conforme la persona aplica una serie de estrategias que ya posee o que en la marcha va adquiriendo para encontrar soluciones conforme se les presentan los contratiempos, ejerciendo una actitud activa en relación con el cáncer, tratan de tener una

visión clara respecto a la enfermedad, donde surge el encontrar un sentido a la vida, y su lucha toma un significado.

Por lo anterior, la investigación que expongo tiene por objetivo que la información obtenida, contribuya a identificar factores que comprendan de manera más clara y completa el apoyo que las mujeres mexicanas como pacientes oncológicas perciben en su contexto social, así como su equilibrio emocional y como estas dos variables se relacionan con la adaptación a la enfermedad al momento del diagnóstico y durante el transcurso de los tratamientos.

Marco Teórico.

Capítulo 1. Enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades no transmisibles

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan uno de los mayores retos que afronta el sistema de salud por varias razones. En primer lugar, existe un gran número de casos reportados y su estrecha relación con la mortalidad. En segundo lugar, porque representan enormes costos en los tratamientos, así como en incapacidades prematuras.

La OPS (2021), indica que las ECNT, entre las que se encuentran; Enfermedades Cardiovasculares (ECV), Diabetes, Cáncer y La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), representan una problemática para la sociedad. La muerte de alrededor de 41 millones de personas al año representa el 71% de todas las muertes que se producen en el mundo.

En América Latina se contabilizan muertes por 5,5 millones de personas al año, y a nivel mundial suman 15 millones de personas entre 30 y 69 años, lo que representa el 85% en países en vías de desarrollo.

De acuerdo con la OPS (2021), se afirma que las enfermedades cardiovasculares se puntúan con mayores muertes por ECNT (17,9 millones al año), seguidas por las enfermedades de cáncer (9,0 millones), continuando con las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y terminando con la diabetes (1,6 millones), lo que representa un 80% de muertes a nivel mundial. La junta de estos cuatro grupos de enfermedades es la causa de más muertes prematuras al nivel ya mencionado. Los principales factores de riesgo para la

obtención de dichas enfermedades son: El consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, la malnutrición, la inactividad física, la obesidad, la presión arterial alta, la glucosa excesiva y el colesterol elevado.

Son muchas personas con ECNT, las que no poseen acceso a la atención médica adecuada y oportuna, razón por la cual, se les coloca como causa de aumento de mortalidad. Se estima que, de no atender esta situación, se podría presentar consecuencias significativas sociales, económicas y sanitarias para muchos países. Esto representa para las familias, la sociedad y los gobiernos, enormes costos mayores. Así, esta carga económica agravada por muertes prematuras siguiendo a la OPS (2021), va en aumento. No obstante, se considera que la base de prevención de las enfermedades crónicas es la identificación de los factores de riesgo. Su oportuna intervención y control, basada en programas integrales de atención primaria de salud, está enfocada a toda la población.

Cáncer

La Organización Mundial de la Salud, define en 2015 al cáncer en términos generales; como una enfermedad que puede afectar cualquier parte del organismo, llamado también «tumor maligno» o bien «neoplasia maligna». La organización comenta que el cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer sin control provocando que otras células normales se reproduzcan y que las células viejas no mueran como debería de suceder. Su característica principal de estas células es que se multiplican rápidamente, superando en número a las células sanas y ocasionando que estas células se consideren anormales. Estas células se extienden más allá de su origen a otras partes continuas del cuerpo, produciendo así un proceso llamado invasión. Es decir, la migración y penetración

directa de células cancerosas en el tejido inicial se extienden a otros órganos; este proceso es conocido como metástasis, y significa que las células cancerosas han viajado a través de los vasos sanguíneos y linfáticos, llegando a invadir el tejido normal del cuerpo en otras partes, provocando así la muerte o fallecimiento por cáncer.

ACS (2021), opina que el cáncer se clasifica en dos categorías principales:

- El cáncer hematológico o cáncer de la sangre; es el tipo de cáncer que afecta los glóbulos sanguíneos, como la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple.
- El cáncer de tumor sólido se identifica más frecuentemente en el seno, la próstata, el pulmón y el colorrectal. Su característica principal, es que desarrolla un tumor en una parte del órgano o tejido del cuerpo.

La ACS(2021), indica que, si bien los tipos de cáncer pueden presentar algunas semejanzas entre sí, también pueden ser diferentes en la forma que se desarrollan o propagan, así como la forma en que responden al tratamiento. Esto, en virtud de que algunos crecerán y se propagarán muy rápidamente y otros, por otro lado, crecerán lentamente. No obstante, algunos se propagarán a otras partes del cuerpo y otros permanecerán confinados en su sitio de origen.

Un segundo tipo de clasificación establecido por ACS (2021), que a su vez se va a subdividir en más grupos, es la siguiente:

- Carcinomas: Es un tipo de cáncer que se inicia en las células que cubren el interior o exterior de un órgano del cuerpo. Llamadas también células epiteliales, la ACS (2021), indica que existen diferentes tipos de carcinomas.
- Sarcomas: Es el tipo de cáncer que se desarrolla en tejidos musculares u óseos y surgen de células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo. También

pueden nacer en el cartílago, el tejido conectivo, la grasa, los tejidos adiposos, los nervios fibrosos, los vasos sanguíneos e incluso en los tejidos profundos de la piel.

Este tipo de cáncer no es muy común.

- Linfomas: Es un cáncer que se origina en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
- Leucemia: Tipo de cáncer que se origina dentro del torrente sanguíneo, donde se acumula en células inmaduras de la sangre y es producida en la célula ósea.

La OMS (2015) refiere que aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer, son derivadas de cinco factores de riesgo. Éstos, son principalmente conductuales y dietéticos. Tales como, la elevación en el índice de la masa corporal, la ingesta reducida de vegetales y frutas, la inactividad física, el consumo y/o exposición a sustancias tóxicas, así como a las conductas sexuales sin protección ayudan a la obtención de éste. No obstante, la reducción de estos factores de riesgo puede prevenir de forma significativa la aparición de cáncer. Así pues, la evasión de tabaco con o sin humo, como mantener un peso controlado con una buena selección de alimentación, evitar el sedentarismo, el bajo o nulo consumo de bebidas alcohólicas, el comportamiento sexual sin riesgo para evitar infecciones genitales tales como el virus del papiloma humano, el virus de la hepatitis u otras infecciones oncogénicas y evitar el contacto con radiación ionizante y ultravioleta, pueden favorecer a la nula aparición de cáncer.

La ACS (2021), señala también, que las causas de que se desarrollen células cancerosas podrían estar relacionadas por cambios en la genética del cuerpo; ya sea por mutaciones de los genes que se heredan de los progenitores, o por la exposición a ciertos

agentes cancerígenos en el entorno. Por lo que no existe una causa única que pueda ser atribuible a la enfermedad.

Como ya hemos señalado con anterioridad, estas células cancerosas se desprenden de un tumor primario y viajan a otras partes del cuerpo por medio del torrente sanguíneo o del sistema linfático, desarrollando así, la metástasis. Razón por la cual, el inicio del tratamiento es fundamental para su futuro éxito.

Cáncer de mama

El Cáncer de mama (CaMa), es identificado desde la antigüedad, evidentemente sin el uso del término hasta la posteridad. La historia nos dice que fue en Egipto, donde es encontrado “El papiro quirúrgico de Edwin Smith” aproximadamente en el año 1600 a. C. Papiro en el cual se describen varias enfermedades. Entre éstas, se menciona el cáncer y como 8 tumores o úlceras fueron cauterizados con una herramienta llamada “Horquilla de fuego”. En tal escrito se menciona que “No existe tratamiento”. Fue Hipócrates quien le dio el nombre de “Karquinos” o “Karquinoma” que en griego significa cangrejo, señalando que no debe de atenderse debido a que puede acelerar la muerte misma. Así mismo, Galeno describe dicho cáncer como una hinchazón con dilatación venosa (Huerta, 2014).

El CaMa es considerado como una ECNT. Los programas relacionados al cáncer de mama buscan la detección precoz de dicha enfermedad para contribuir a la reducción de su mortalidad y aumentar positivamente la salud de las mujeres. A pesar de la controversia respecto a la mamografía como medida preventiva, existe un consenso general en la población científica que indica que la mamografía es la única prueba que mejora el pronóstico de la enfermedad. Dicha prueba, está recomendada en mujeres de 50 a 69 años,

sin embargo, esta medida preventiva está sujeta a las desigualdades sociales en salud. Se ha comprobado que algunas mujeres solo tienen acceso a realizarse una mastografía en campañas de prevención sujetas a políticas sociales, ocasionando retrasos en el diagnóstico y supervivencia (Latasa et al., 2015).

En los siglos XVI y XVII, la ciencia médica logró mayor conocimiento gracias a la aportación de los cirujanos Vesalio, Ambrose Paré, Cabral, Miguel de Servet entre otros que han otorgado conocimientos con respecto a la enfermedad de cáncer de mama. En el siglo XVIII, por ejemplo, los cirujanos Jean Louis Petit (1674-1750) y el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) llevaron a cabo las primeras extracciones de nódulos linfáticos donde se pudo determinar la relación que existe entre el CaMa, los nódulos linfáticos axilares y la región ganglionar axilar. Por otro lado, Halsted practicó la mastectomía radical la cual bautiza con su nombre. En suma, Ruiz & Villanueva posteriormente a los años 70, agregaron las pruebas de imagen como: La ecografía, La tomografía y La resonancia magnética evitando procedimientos invasivos como las cirugías de exploración Ruiz-de-Aguirre, & Villanueva-Edo (2000).

Definición

El cáncer de mama según la OMS (2012), es un tumor maligno que se desarrolla en las células del seno, las cuales comienzan a crecer sin control. Se considera que dicho tumor, representa a un grupo de células cancerosas que crecen hacia los tejidos circundantes invadiendo distintas partes del cuerpo. A esto, se le conoce como metástasis.

Aún y cuando el cáncer de mama es considerado mayoritariamente como una enfermedad de la mujer, también suele desarrollarse en hombres, pero con una incidencia

menor. Ahora bien, los diferentes tipos de cáncer de seno pueden originarse en diferentes partes de la glándula mamaria. Por ejemplo, Gibbs, et al. (2009), postula que la mayoría de los cánceres de mama empiezan en los conductos que llevan la leche hacia el pezón (cánceres ductales), o, en glándulas que producen leche (cánceres lobulillares). Los lugares más frecuentes de origen de cáncer de mama son; El Cuadrante Superoexterno (38.5 %), La Región Central (29%), El Cuadrante Supero-interno (14.2 %), El Cuadrante Infero-externo (8.8 %) y El Cuadrante Infero-interno (5%). Del 5% al 8% de los casos, se encuentra un carcinoma bilateral en la mama. La ACS (2021), no niega que haya otros tipos de cáncer de seno menos comunes como el Tumor Filoide o el Angiosarcoma, ya que solo un número reducido de cánceres comienzan en otros tejidos del seno. Algunos de éstos son: los sarcomas y linfomas, pero en realidad estos tipos no se consideran completamente como cánceres de seno.

ACS (2021), argumenta que el tipo específico de células afectadas determinará el tipo de cáncer de seno, ya que la mayoría de los cánceres de seno son carcinomas. Mismos, que se manifiestan con tumores sólidos originados de células epiteliales que revisten los órganos y los tejidos encontrados en todo el cuerpo. Cuando los carcinomas se forman en el seno, por lo general son de tipo específico llamados adenocarcinoma, que comienza en las células de los conductos de la leche o los lobulillos que son las glándulas productoras de leche. Dichos lobulillos, pueden ser clasificados como carcinoma ductal in situ (DCIS, también conocido como carcinoma intraductal) y es el tipo de cáncer de seno no invasivo o pre invasivo. Otro tipo de cáncer de seno es el invasivo (o infiltrante), y se manifiesta con la extensión del tejido mamario circundante.

La clasificación del tipo de cáncer de seno invasivo más común que señala ACS (2021) es; El Carcinoma Ductal Invasivo y El Carcinoma Lobulillar Invasivo,

representando así, aproximadamente el 70% u 80% de todos los cánceres de seno. Cuando se habla del cáncer de seno triple negativo, se afirma que es un tipo de cáncer agresivo e invasivo que representa alrededor del 15% de todos los cánceres de seno, siendo así difícil de tratar. Otro tipo de cáncer que representa menor incidencia, aproximadamente, entre el 1% al 5% de todos los canceres, es el cáncer de seno inflamatorio de seno invasivo. Otro cáncer de seno poco común es la enfermedad de Paget del pezón. Dicho cáncer tiene su origen en los conductos del seno y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola representando alrededor del 1% al 3% de todos los casos. También existen los tumores filoides, mismos que se consideran tumores benignos. Sin embargo, algunos pueden llegar a ser malignos, aunque se consideran poco frecuentes, se originan en el tejido conectivo (estroma) de la mama. Otro tipo de cáncer de seno es el inflamatorio (IBC). Éste es poco frecuente e invasivo, pero normalmente produce enrojecimiento y aumento de la temperatura de la piel del seno y en ocasiones se presenta con un aspecto grueso y con hoyuelos similares a la cascará de naranja, esto, debido a que las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos.

Knaul et al. (2009), afirma que muchos tipos de cáncer de seno suelen manifestarse con un bulto ahí, no obstante, no todos lo hacen, por lo que resulta importante consultar signos y síntomas sobre este cáncer. La autoexploración es el mecanismo de prevención más difundido, y sirve para identificar los cambios en los senos, esto gracias a una consulta médica. Muchos cánceres de seno se descubren en campañas de detección, éstos, pueden mostrar cánceres en etapas más tempranas, incluso antes de que puedan palparse, o bien antes de que se presenten síntomas.

Factores de riesgo

Bayo et al. (2007), expresa que, el cáncer de mama es considerado como el resultado de un daño ocasionado al ADN y que este daño proviene de diversos factores, algunos conocidos u otros hipotéticos. Por lo que los médicos, no siempre pueden explicar por qué una persona desarrolló un cáncer y otra no. Aún y cuando muchos científicos han estudiado patrones de comportamiento en la población sobre el cáncer de mama, aún no se puede lograr identificar qué cosas de las que hacemos, pueden influir en la aparición de un tumor canceroso en el seno.

La ACS (2021), considera que existen diversos factores asociados al riesgo de padecer cáncer de mama tales como:

- Edad: El envejecimiento, es considerado un factor de riesgo, probando que la mayoría de los cánceres de seno ocurren entre mujeres de 55 años o más. Sin embargo, se dice que cuando ocurre en mujeres jóvenes, suele ser más agresivo. El rango de edad de mayor incidencia es entre los 50 a los 60 años, y de los 60 a los 70 años, la incidencia se estabiliza, para volver a aumentar de los 70 a los 85 años. Por lo que se refiere a los datos emitidos en relación con el cáncer de mama por grupo de edad, el INEGI (2020), indica que, en 2019, la incidencia de mayor rango se presenta entre las personas de 60 a 64 años.
- Genes: Aproximadamente el 5% de pacientes con cáncer de mama heredan una forma peculiar de genes que les hacen susceptibles a la enfermedad. La ACS (2021), indica que la mayoría de los cánceres no están claramente relacionados con los genes que se heredan de los padres. Siendo los factores externos los que predisponen a la mujer al cáncer de mama. Solo un pequeño porcentaje conlleva una

predisposición hereditaria a dicha enfermedad y se afirma que se presenta con más frecuencia en mujeres con grupo sanguíneo tipo O y sobre todo en las formas tempranas. La aparición más tardía, prevalece con mayor frecuencia en personas con grupo sanguíneo tipo A.

- Hormonas: Algunas de las terapias hormonales que los médicos utilizan para el control de la natalidad, así como para reducir los síntomas provocados por la menopausia y la osteoporosis, contienen hormonas. Ya sean los estrógenos exógenos, terapia hormonal combinada, anticonceptivos orales e inyectables, lo que en teoría podrían impulsar el crecimiento del cáncer de seno, en especial, los utilizados en la terapia de sustitución hormonal junto a la predisposición genética. La ACS (2021), recomienda usar la menor dosis posible y por el tiempo más breve que sea posible a su vez.
- Antecedentes familiares: En promedio, una mujer con una mutación en el gen BRCA1 o BRCA2, tiene una probabilidad del 7 hasta el 10% de padecer cáncer de seno a la edad de 80 años. La ACS (2021), enfatiza que el riesgo puede depender de la cantidad de familiares directos que han desarrollado cáncer de seno, especialmente, si fue diagnosticado antes de los 50 años.
- Dieta y estilo de vida: Existe un mayor riesgo cuando las rutinas de vida no son saludables. La ACS (2021), señala que el consumo excesivo de grasas juega un papel fundamental en la aparición del cáncer de mama, aunque nos aclara, que diversas investigaciones no han identificado todavía los factores puntuales dietéticos. Afirmando, que una dieta balanceada de frutas y verduras, así como la ingesta de vitaminas A, C y D, disminuye considerablemente el factor de riesgo. En

suma, Bayo et al. (2007), también lo ha relacionado con la obesidad y el sobrepeso, ya sea en las mujeres postmenopáusicas como factor de riesgo y recomienda un consumo moderado de alcohol y nulo consumo de tabaco. Así mismo, realizar actividad física y tener una dieta balanceada sobre todo en mujeres jóvenes, va a disminuir la incidencia de desarrollar cáncer de seno.

Estadificación

La etapa o estadio de gravedad del cáncer, determinará la forma adecuada de tratamiento. Para realizar la estadificación, es necesario considerar la extensión del tumor, la propagación a los ganglios linfáticos adyacentes, la metástasis, el estado del receptor de estrógeno, el estado de la proteína Her2 y el grado mismo de cáncer. El Comité Conjunto Americano sobre Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés), el cual es un grupo de expertos encargados de elaborar y actualizar la estadificación del cáncer, desarrolló el sistema T.N.M. en 1997. Donde “T” se refiere al tumor original, “N” se refiere a los ganglios linfáticos-nódulos, y “M” se refiere a la metástasis. Este sistema se actualiza de cada 6 a 8 años, para poder incluir nuevos avances en investigaciones acerca del cáncer. En la octava edición del 2015, la AJCC actualizó los estadios de cáncer de mama, de la siguiente manera:

- **Estadio 0:** Significa que el cáncer está limitado al interior del ducto de leche y se trata de un cáncer no invasivo. El carcinoma ductal in situ se incluye en esta etapa, la tasa de supervivencia a 5 años es de casi el 98% (ACS, 2021).
- **Estadio I:** El tumor mide aproximadamente 2 centímetros o menos, no hay propagación a ganglios linfáticos o existe sólo una pequeña área de propagación de

cáncer en el ganglio linfático centinela. La ACS (2021), estima que la supervivencia a 5 años es casi del 90-98%.

- Estadio II: El cáncer se ha propagado a pocos ganglios linfáticos adyacentes. Así pues, La tasa de supervivencia a 5 años es de 93%. El tumor rebasa los 2 centímetros.

El Estadio II se subdivide en dos formas:

1. Estadio IIA. El tumor mide de entre 2 a 5 centímetros y pueden estar invadidos de uno a tres ganglios linfáticos axilares.
 2. Estadio IIB. El tumor de la mama mide más de 5 centímetros y no existe invasión de ganglios linfáticos axilares.
- Estadio III: En este estadio, los tumores han crecido hacia tejidos adyacentes (la piel sobre el seno o el músculo que está debajo), y se han propagado a muchos ganglios linfáticos adyacentes. La ACS (2021), estima una tasa de supervivencia a 5 años del 72%.

El estadio III se subdivide en tres estadios tipo:

1. Estadio IIIA. El tumor puede medir más de 5 cm donde se encuentran grupos pequeños de células cancerosas en los ganglios linfáticos, que pueden medir más de 0.2 mm, pero no más de 2 mm.
2. Estadio IIIB. En este estadio, el tumor puede ser de cualquier tamaño e invadir la pared del pecho o a la piel de la mama, provocando en algunos casos, hinchazón o úlcera, afectando hasta nueve ganglios linfáticos de la axila o cerca del esternón.
3. Estadio IIIC. En este estadio, el tumor no se encuentra dentro de la mama, y puede ser de cualquier tamaño. Además, el cáncer ya habrá invadido a 10 o

más ganglios linfáticos de la axila o a ganglios que se encuentren por encima o debajo de la clavícula. Así mismo, los que se encuentren cerca del esternón. Se considera cáncer de seno inflamatorio, debido a que se diseminó a la piel de la mama.

- Estadio IV: El cáncer de mama se habrá ya diseminado a órganos distantes, como pueden ser: Los huesos, El hígado, El cerebro o bien Los Pulmones. La tasa de supervivencia a 5 años es del 22%.
- Estado ganglionar: Se considera el factor más importante en la presencia de metástasis, así, como el número de ganglios linfáticos afectados. Este estadio es significativo y se correlaciona con una recaída local y metástasis a distancia.
- Otros factores que pueden afectar la etapa: Tipo de célula; Localización del tumor; Niveles de los marcadores tumorales y la proteína HER2/neu.

ACS (2012), clasifica tres etapas de supervivencia. Las cuales, solo tienen el propósito de orientar a la investigación y se refieren a las personas que permanecen vivas y siguen activas después de superar la enfermedad, o, hasta la etapa final de su vida.

Etapas de supervivencias

- *Supervivencia aguda.* Comienza en el momento del diagnóstico y se extiende hasta que el tratamiento termina. Incluye a todo el periodo de tratamiento.
- *Supervivencia extendida.* Inicia cuando el tumor responde al tratamiento (desaparece) y se prolonga hasta cinco años después, incluye el mantenimiento y la consolidación.

- *Supervivencia a largo plazo.* Esta fase se identifica con la cura, y se puede extender todo el resto de vida del paciente.

Tratamiento del Cáncer de mama

La ACS (2019), en conjunto con National Comprehensive Cancer Network, ha difundido una guía de tratamientos para pacientes, con el objetivo de facilitar la comprensión y toma de decisiones respecto al tratamiento de la enfermedad (Arce et al., 2011). Mencionando los principales tratamientos que constan de:

- Cirugía de conservación del seno: Es la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada, extrayendo un poco de tejido normal. En la mayoría de los casos, esta cirugía es acompañada de radioterapia, lo cual es indicada para tumores sólidos.
- Mastectomía: Consiste en extirpar el seno completo incluido el pezón. Su nombre puede variar según la extensión de la cirugía, ya que en algunos casos puede extenderse a la axila o los músculos debajo del seno.
- Cirugía de los ganglios linfáticos: Las personas cuentan con 20 ganglios linfáticos, los cuales pueden, o no, estar infectados. Esto, generalmente se decide en cirugía, donde se realiza un estudio que determine si se encuentran infectados, gracias al medio del ganglio centinela. Otra alternativa es que, en el momento de la operación, los médicos decidan extirparlos.
- Terapia sistémica: Consiste en el empleo de fármacos en forma de pastilla o de vía intravenosa. Dentro de este tratamiento se encuentra la quimioterapia y la terapia hormonal o tamoxifeno.

- Radioterapia: Se utiliza para destruir las células cancerosas remanentes en el seno, la pared torácica, o en los ganglios linfáticos después de la cirugía. O bien, para disminuir el tamaño del tumor o detener su crecimiento, ya que consiste en radiaciones o partículas de alta energía.
- Anticuerpos monoclonales: Es un anticuerpo que se dirige a un receptor que se encuentra en el seno, y se puede utilizar como tratamiento coadyuvante de la quimioterapia.
- Terapia dirigida: Después de la cirugía, algunas mujeres con cáncer HER2 positivo, serán tratadas con Trastuzumab (con o sin Pertuzumab) hasta por un año. La ACS (2021), la considera un tipo de vacuna. En ciertas ocasiones, los medicamentos de terapia dirigida pueden ayudar a otros tipos de tratamiento, y suelen ser más eficaces e incluso en algunas ocasiones la terapia dirigida suele funcionar cuando los medicamentos de quimioterapia no resulten eficaces.
- Terapia de inmunoterapia: Este tipo de terapia, a través del uso de medicamentos que estimulen el sistema inmunitario de la persona, tiene el fin de reconocer y destruir las células cancerosas de forma más eficaz. Es un tratamiento poco común para combatir el cáncer de seno, por lo que solo se utiliza en algunos tipos de cáncer.

La ACS (2019), indica que la combinación de estos tratamientos, así como su aplicación, dependerá del tipo de cáncer de seno y del nivel de estadio que se presente en el diagnóstico.

Prevención

La ACS (2021), no cree que exista alguna manera infalible de prevenir el cáncer de seno, ya que algunos factores de riesgo están fuera de su control, como el hecho de ser mujer o bien el envejecimiento. Sin embargo, sí existen medidas que se pueden tomar para tratar de reducir su riesgo.

Algunas recomendaciones emitidas por esta asociación son:

- *Peso saludable:* Se recomienda controlar el peso durante el transcurso de toda su vida y evitar su aumento excesivo, al balancear, el consumo de alimentos con la actividad física. Debido a que subir de peso en la edad adulta está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar este cáncer, sobre todo, después de la menopausia.
- *Mantenerse físicamente activo:* Señala que lo ideal, es que los adultos dediquen por lo menos de 150 a 300 minutos de actividad física de intensidad moderada. O bien, de 75 a 150 minutos de intensidad vigorosa a la semana, siendo así, suficiente para mantenerse activo. Se afirma que varias investigaciones han demostrado que la actividad física de moderada a vigorosa está relacionada con un menor riesgo de padecer cáncer de mama.
- *Evitar o limitar el alcohol:* Estudios han confirmado que el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de padecer cáncer de seno, incluso, el bajo consumo. Lo más recomendable es no tomarlas, y que las mujeres que decidan hacerlo, se recomienda solo una bebida con alcohol de 355 ml. por día.
- *Evitar el consumo de sustancias tóxicas:* Estudios han demostrado que el cáncer de seno está fuertemente relacionado con la ingesta de sustancias tóxicas, por lo que su consumo, aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad.

- *La Alimentación:* Son muchas las investigaciones activas que están analizando si existe alguna relación entre la dieta, y el riesgo de CaMa, pero aún no es contundente. Algunos estudios sugieren que una alimentación rica en verduras, frutas y productos lácteos puede ayudar. En suma, mantener bajo el contenido de carnes rojas y procesadas, podría reducir el factor de riesgo. Sin embargo, no se ha logrado especificar cuáles verduras y frutas, o qué alimentos en particular reducen el riesgo, como tampoco, el efecto que representa una dieta baja en grasa. Por otro lado, aún y cuando la ciencia no es del todo clara, no significa que carezca de sentido alimentarse saludablemente, con una dieta baja en contenido de grasa, carne roja y bebidas azucaradas, o bien, alta en contenido de frutas, verduras y pescados.
- *Ingesta de Vitaminas o Suplementos Alimenticios:* No existen estudios con evidencia científica, que confirmen que, el tomar vitaminas o cualquier tipo de suplemento alimenticio, reduzca el factor de riesgo de cáncer de mama.
- *Otros factores que podrían reducir el riesgo:* Las mujeres que deciden amamantar a sus bebés por varios meses, se relacionan con una reducción de riesgo de cáncer de mama ACS (2021).

Existen ocasiones en que el cáncer de seno no llega a manifestar síntomas, por lo que resulta complicado detectarlo a tiempo. Hacer pruebas de detección periódicas es muy importante, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 100% de probabilidades de curación.

El examen de mamografía reduce la mortalidad por cáncer de mama en un 15% para las mujeres de 39 a 49 años (riesgo relativo, 0,85 [intervalo creíble del 95%, 0,75 a 0,96]; 8 ensayos). No obstante, faltan datos para las mujeres de 70 años o más. Aunado a

esto, la exposición a la radiación de la mamografía es baja, y las experiencias adversas en los pacientes suelen ser comunes y transitorias, por lo que no afectan en las prácticas de detección. Las estimaciones de sobrediagnóstico varían del 1% al 10%, siendo las mujeres más jóvenes, las que tienen más resultados de mamografías falsas positivas e imágenes adicionales, pero menos biopsias que las mujeres mayores (Nelson et al., 2009).

De acuerdo con un estudio realizado por Martínez et al. (2010), en el Hospital de la Mujer del Servicio de Oncología Ginecológica en el Área de Quimioterapia, de septiembre de 2008 a agosto de 2010, respecto al porcentaje de los casos que se detectan en cada uno de los estadios de cáncer de mama en la revisión de 138 expedientes de mujeres mexicanas que fueron diagnosticadas con cáncer de mama, encontraron que solo el 10% de los casos se detectan en etapa I, y que el resto generalmente corresponde a etapas III y IV, con un mayor porcentaje en la etapa III con más de 70% de los casos diagnosticados. Desgraciadamente, este porcentaje elevado en el diagnóstico de etapas avanzadas del cáncer de mama se sigue manteniendo, ya que durante el Congreso Internacional de Avances en Medicina del Hospital de Guadalajara (CIAM), que se llevó a cabo en el año 2015, se mencionó que alrededor del 70% de mujeres mexicanas con cáncer de mama, se les detecta en etapa ya avanzada.

Mortalidad

La OMS (2021), reporta que, a nivel mundial, cada año se contabilizan 685 mil defunciones por cáncer de mama, representando entre los tumores malignos, la principal causa de muerte en las mujeres.

En México, de acuerdo con el último censo del INEGI (2020), indica que, en el año 2020, fallecieron 97 323 personas por diversos tumores malignos. De este total, 7 880 fueron por tumores malignos de seno, lo que equivale al 8%. A causa del cáncer de mama, en 2020, fallecieron 7 821 mujeres y 58 hombres, en las mujeres esto equivale a 17% del total de defunciones por tumores malignos y lo ubica en primer lugar de esta clasificación. La tasa más alta de defunciones de mujeres por CaMa se registra en el grupo de edad de entre 60 años o más (49.08 por cada 100 000 mujeres en este rango de edad). Por otro lado, fallecen pocas mujeres jóvenes de entre 20 a 29 años por cáncer de mama (0.64 defunciones por cada 100 000 mujeres en este rango de edad). Siguiendo así, las mujeres de entre 30 a 44 años, con una tasa de 7.09 defunciones por cada 100 000; siendo el grupo de mujeres de 45 a 59 años y de 60 años o más la tasa más alta, (26.79 y 49.08 por cada 100 000 mujeres respectivamente). En pocas palabras, mueren más mujeres por este padecimiento conforme se envejece. Las proyecciones para el 2030, indican que se incrementará en 60% la frecuencia del cáncer de mama (OPS 2016).

Estadísticas

En la actualidad, el CaMa es un tema fundamental para la salud de la mujer, siendo un problema de salud pública a nivel mundial. Esto afecta a todo tipo de países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo y es el tipo de cáncer más común entre las mujeres. Chajès & Romieu (2014), señala que alrededor de 400 000 mujeres mueren de cáncer de mama cada año, y se estima que, un millón de cánceres de seno son diagnosticados cada año igualmente.

En México, las últimas estadísticas que nos presenta INEGI (2020), son que; en 2019 se contabilizaron 15,286 nuevos casos de CaMa en la población de entre 20 años o más, de los cuales, 167 corresponden a hombres y 15,119 a mujeres. La tasa de incidencia de este tumor a nivel nacional es de 18.55 casos nuevos por cada 100 mil habitantes en población de entre 20 años o más, lo que nos demuestra que esta incidencia también se manifiesta en hombres, aunque de forma menor. En ese mismo año se detectaron 0.42 nuevos casos de cáncer de seno por cada 100 000 hombres de 20 años o más, en comparación con los 35.24 casos nuevos por cada 100 000 mujeres del mismo rango de edad, lo que representa que las tasas de incidencia han aumentado en un 0.5% por año periodo de 2010 a 2019.

Según archivos del INEGI (2020), la entidad federativa que reporta más casos de incidencia es Morelos, con 151.94 de nuevos casos por cada 100 000 mujeres de 20 años o más. En segundo lugar, es Colima con 139.62, seguido de Aguascalientes con 66.64 por cada 100 000 mujeres. El estado con incidencia más baja es Guerrero, con 7.69 de nuevos casos en el mismo rango de edad.

La Organización Mundial de Salud (2021), señala que la primera línea contra esta enfermedad es la prevención primaria (Chajès & Romieu, 2014). Datos del INEGI (2020), señalan que las mujeres que fallecen por cáncer de mama; 1% son jóvenes de 15 a 29 años, 13% tienen entre 30 a 44 años y más de la tercera parte (38%), está entre los 45 a 59 años; la mayoría fallece después de los 59 años (48 %).

Según la Dirección General de Epidemiología (2011), el CaMa contabiliza como primer lugar en incidencia a las neoplasias malignas en mujeres, representando actualmente el 11.34% de todos los casos de cáncer y con un incremento estimado del 1.5% por año. Siendo el rango de edad más afectado, de entre los 40 y los 59 años. Según estadísticas de

la Secretaría de Salud Pública (SSP, 2016), se informa que en México se diagnostican 23 mil casos de cáncer de mama cada año, lo que significa, que se diagnostican más de 60 casos al día, y desafortunadamente fallece una mujer cada dos horas por este padecimiento.

Como ya se ha explicado con anterioridad, el cáncer de mama no tiene una única causa, y su origen es el crecimiento descontrolado e independiente de las células que desarrollan un tumor maligno, las cuales, pueden invadir diversos tejidos tanto circulantes como órganos distantes. La OMS (2021), lo identifica como el tipo de cáncer más recurrente en el mundo. Según la Organización de las Naciones Unidas (2021), el cáncer de seno fue el de mayor incidencia en 2020, contabilizando 2.3 millones de casos nuevos, lo que equivale al 11.7% del total de diagnósticos de cáncer a nivel mundial y establece que el cáncer de mama supera a otros tipos de cáncer a nivel mundial.

Con relación a la carga genética la ACS (2021), indica que alrededor del 5% al 10% de los casos de CaMa son hereditarios, lo que significa que debe a mutaciones genéticas que se han adquirido de alguno de los padres. Por consiguiente más del 80% de las mujeres con cáncer de mama no cuentan con ningún antecedente familiar de dicha enfermedad.

Consecuencias psicológicas que influyen en el diagnóstico de CaMa

La afectación psicológica tras recibir un diagnóstico de cáncer de mama suele ocasionar reacciones emocionales negativas al preguntarse ¿qué expectativas de vida se tienen?, ¿cómo será el tratamiento?, ¿cuánto dolor se presentará?, ¿cuáles serán los efectos secundarios? ¿voy a perder o conservar mi mama? ¿va a ser capaz mi familia de soportar esta situación? ¿cómo afectara esto en mi vida?, generando problemas psicológicos; entre

las reacciones que se presenta con más frecuencia son las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva.

En opinión de Flórez (1994), este tipo de cáncer provoca un shock emocional importante, más que otros tipos de neoplasias, debido al deterioro físico visible, pues se refleja en un rechazo del esquema corporal que, al estar relacionado con la feminidad, el atractivo sexual, la belleza y la capacidad de seducción, genera una gran angustia.

Simbólicamente, la mutilación de una mama significa la mutilación del rol femenino y de su estructura psíquica.

Otros autores que analizaron los relatos de mujeres con cáncer de mama que se sometieron a una mastectomía fueron Pires & Norbe (2003), donde concluyeron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad, por consiguiente, la pérdida de un seno repercute drásticamente en la autoimagen, debido a que produce sentimientos de pérdida, mutilación, desvalorización de la imagen corporal, frustración, tristeza, enojo, etc.

Por su parte, en palabras de Meza (2007), dice que el recibir un diagnóstico de cáncer de seno, puede sobrepasar los recursos emocionales de cualquier mujer, en virtud de que diversos factores se ven involucrados, tales como: la representación social que relaciona el cáncer con la muerte, el visible deterioro corporal, la mutilación física, y la sensación de incapacidad física entre otros. Ocasionando alteraciones psicológicas como: miedo, ansiedad y enojo. Estas alteraciones generan desequilibrio emocional en el proceso de la enfermedad, estableciendo una amenaza constante, tanto en la probabilidad de vida, como en la integridad física, familiar y económica.

Específicamente, hablando del diagnóstico de cáncer de mama, donde se debe someter a una mastectomía, el pensamiento de muerte se encuentra en casi todos los casos,

aspecto que según Giraldo (2009), tiene mucho más repercusiones en su psique y en su auto conceptualización.

Una oportuna valoración psicológica, permitirá al profesional de la salud mental elegir la intervención adecuada, que favorezcan la adherencia terapéutica al elaborar un plan de fortalecimiento frente al posible evento mórbido, pero que también incluya la posibilidad de una recurrencia tomando en cuenta cambios en los patrones de vida como malestar físico, posible terminación marital y/o disminución de la actividad sexual. Los efectos psicológicos que todo esto conlleva para el paciente son innegables, debido a las exigencias propias de la enfermedad obligando a las mujeres a reorganizar su vida y expectativas, originando un ajuste emocional.

Con respecto a respuestas emocionales ante la enfermedad, Oblitas (2006), enfatiza que las personas que reciben el diagnóstico presentan etapas muy similares a las de un duelo, pues experimentan una pérdida de la salud y/o la autonomía. Las etapas por las que suelen atravesar son las siguientes: a) negación b) enojo c) desesperación/negación d) depresión y e) reconciliación o aceptación de la realidad. Al realizar una comparación entre reacciones emocionales de los pacientes que fueron diagnosticados con tres diferentes tipos de enfermedad crónica (hipertensión, infarto al miocardio y cáncer), se encuentra que los pacientes diagnosticados con cáncer manifestaron altos índices de ansiedad y baja esperanza en la fase inicial de la enfermedad. Más adelante en el curso del padecimiento, la ansiedad bajó y la esperanza y aceptación se incrementó.

Garduño et al. (2010) realizaron un estudio para medir los efectos Cognitivo-Conductual en la Calidad de Vida de pacientes con un diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama bajo un enfoque de malestar psicológico, donde analizan el término sufrimiento psicológico, ellos comentan “que algunas pacientes refieren azoro, aturdimiento y

alienación, desesperación y desmoralización a la que suele seguir una fase de disforia con sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognitivos (atención y concentración)” y que la mastectomía suele producir sentimientos de mutilación desvaloración y amenaza a la feminidad sobre todo en mujeres jóvenes especialmente solteras. Por lo que una intervención en terapia cognitivo conductual, buscará modificar las cogniciones y conductas de las pacientes que les ayude en problemas de salud mental, (p. 70).

Los efectos psicológicos que presentan las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno es el analizado por Dinapoli et al. (2021), sobre pacientes de edad avanzada conocido como cáncer geriátrico, ellos nos plantean que si bien las personas adultas tiene menos responsabilidades como cuidadores principales de sus cónyuges o parejas, hijos o padres, o cuestiones laborales, pueden agregar una carga psicológica adicional por varios factores, como puede ser una disminución de la reserva y el apoyo social, el sesgo clínico hacia el tratamiento insuficiente y una sensibilidad particular a la comunicación médica efectiva por lo que este tipo de pacientes tienden a presentar menor disposición a consultar a un psicólogo o a un psiquiatra e incluso a buscar ayuda médica sobre síntomas mamarios por cuestiones financieras lo que repercute en un retraso en el tratamiento.

Podríamos determinar que para algunas mujeres su experiencia con el cáncer, es una experiencia traumática con consecuencias psicológicas que podrían resultar en un trastorno de estrés postraumático y que se puede presentar tanto en mujeres jóvenes como en mujeres de edad avanzada, manifestando problemas psicológicos similares relacionados con el trauma del diagnóstico, los efectos secundarios de las terapias con el consiguiente cambio de imagen corporal y comportamiento sexual, el miedo a la recurrencia y el final de la vida.

Capítulo 2. Apoyo social percibido

El apoyo social es un concepto multidimensional; principalmente ha sido conceptualizado desde una perspectiva estructural cuantitativa de las redes sociales, como el número de personas y las relaciones formales con las que cuentan las personas, pero también desde una función cualitativa bajo la perspectiva del apoyo social, como la concepción percibida y disponibilidad de relaciones con otras personas significativas (Drageset et al., 2012).

Los efectos beneficiosos son que el apoyo social sirve como un amortiguador contra los efectos adversos de los factores estresantes o situaciones de alto nivel de estrés. Varios estudios han concluido que el apoyo social, así como el tamaño de la red social, y la integración de la mujer en ella, son relevante en el ajuste durante la trayectoria del cáncer de seno. Sin embargo, el apoyo social no es un fenómeno inequívoco. Mujeres con cáncer de mama con una red social limitada o con el apoyo social inadecuado de su red, aumenta el riesgo de angustia psicosocial, ansiedad y depresión y progresión del cáncer. Recibir apoyo de familiares y amigos repercute en tranquilidad, comodidad y puede ayudar con el problema, sobre todo en el período posterior al diagnóstico, por considerarse un recurso en la búsqueda de encontrar un significado en la experiencia del cáncer. Se puede decir que el apoyo percibido mejora el estado psicológico y fisiológico entre las mujeres que enfrentan un diagnóstico de cáncer de mama, particularmente en mujeres con bajo optimismo (Drageset et al., 2012).

Este apoyo social puede estar sujeto a factores sociodemográficos, como es el caso del estudio longitudinal y transversal, que ofrece evidencia de la relación entre el apoyo, la salud, y el estatus educativo, es el que realizaron Hinnen et al. (2009), donde

exploraron los tipos de apoyo y su relación con la ansiedad. En general, encontraron que las parejas con menor escolaridad y mayor edad reportaban utilizar apoyo protector (o evitativo, donde la pareja no habla sobre la enfermedad con la paciente). Las pacientes que reportaron poco control de eventos estresantes y percepción de apoyo protector por parte de sus parejas mostraron mayor ansiedad a lo largo de todo el estudio. Los autores concluyen que las interacciones de apoyo negativo (protector) pueden ser más perjudiciales, que la ausencia de apoyo positivo.

Lo que nos explica esta investigación es un punto muy importante, puesto que un paciente con CaMa tienen que percibir el apoyo social de su entorno primario, para expresar sus miedos, angustias y dudas sobre lo que están sintiendo, y cuando estos síntomas son un foco de atención como para una visita a urgencias médicas, si estas mujeres no pueden hablar con su pareja o con su cuidador principal sobre la enfermedad, no tendrán esa red de apoyo en momentos críticos como toma de decisiones, o en los momentos de derrota, hartazgo o desesperanza, durante los tratamientos.

Definición de apoyo social

El apoyo social ha sido descrito, de acuerdo con algunos autores, como un factor que aporta beneficios en el proceso de la enfermedad, representando a su vez una herramienta que puede ayudar a disminuir la mortalidad (Buendía, 1999). Podemos definirlo como un soporte accesible a un individuo a través de lazos sociales con otros individuos, grupos o una comunidad. La suposición general, es que el apoyo social está relacionado negativamente con la enfermedad. A mayor apoyo social que recibe un individuo, en relaciones más cercanas con familiares, parientes, amigos, conocidos,

compañeros de trabajo y la comunidad en general, es menos probable que experimente estragos emocionales ante la enfermedad.

Algunos autores como Rodríguez et al. (1993), refieren que el apoyo social se tiene que definir desde una perspectiva multidimensional, para su mejor entendimiento y medición como:

1.- *Desde la perspectiva social*, se refiere a la existencia y cantidad de relaciones sociales con las que cuenta una persona, las cuales pueden ser naturales (como la familia, amigos, vecinos); o artificiales (como algunas instituciones o grupos de ayuda).

2.- *Desde la estructura*, se refiere al análisis de dichos vínculos y sus efectos sobre las relaciones sociales, es el número de personas que componen la red, la cantidad de interrelaciones entre los miembros y la proximidad o lejanía de éstos con respecto a la persona.

3.- *Desde la función*, se refiere a la ayuda que facilitan las relaciones sociales y que contribuye al bienestar de la persona que recibe el apoyo (salud-calidad de vida); dicha ayuda puede ser información, afectiva o habilidades y que, al ser percibida por la persona apoyada, promueve la percepción de ser amada y de formar parte del grupo.

Nisa y Rizvi (2016) se refieren al apoyo social como aquella ayuda que se encuentra disponible para una persona, a través de los lazos conformados por personas, grupos e instituciones; los cuales son percibidos como sostén emocional, estos pueden ser instrumental o de comunicación. Además quien recibe el apoyo, genera sentimientos de bienestar, repercutiendo de manera positiva en su ajuste al medio.

Rodríguez et al. (1993) señalan que existen dos formas de evaluar el apoyo social con base en el tipo de recurso: los recursos recibidos determinados de forma objetiva

y los recursos subjetivos, es decir, percibidos por el sujeto apoyado. Y comentan, que la importancia de diferenciar entre estos dos tipos de apoyo radica en los efectos que produce cada uno sobre el ajuste y bienestar del sujeto receptor. Si bien ambos tipos de apoyo son importantes en el bienestar de la persona que los recibe, es importante identificarlos por separado.

- *Apoyo recibido*. Es la manifestación tangible y objetiva de las demostraciones que se producen entre la persona y sus redes sociales de apoyo. Este tipo de apoyo se concibe de menor efecto sobre el ajuste psicosocial y el bienestar de los individuos en situaciones de estrés en comparación con el apoyo percibido.
- *Apoyo percibido*. Se enfoca en las percepciones o interpretaciones que realiza el receptor sobre las manifestaciones de apoyo que recibe. Estas percepciones entre los miembros de las redes sociales pueden coincidir o ser diferentes. Se ha señalado que la percepción del individuo acerca de su propia salud tiene mayor impacto la calidad de apoyo experimentado subjetivamente que el apoyo realmente recibido.

En el apoyo percibido se estudian las interpretaciones personales del individuo respecto a la disponibilidad percibida de ayuda en caso de necesitarla. Schneider et al. (2015) comentan que se ha demostrado que el apoyo percibido tiene mayores beneficios sobre la salud, al considerar que la percepción del apoyo se representa como un amortiguador del estrés más que el apoyo real recibido, apoyado en las creencias de las personas sobre su red social y cómo influyen sobre su estado psicológico. Vinaccia et al. (2014) nos dicen que el apoyo social percibido por el paciente reduce la tensión, aumenta la tasa de supervivencia y mejora el estado de salud. Por otra parte, el apoyo social que el

individuo percibe estará estrechamente relacionado con su autoestima, y adaptación emocional cuya herramienta es indispensable en los pacientes oncológicos.

Un estudio presentado por Torralba y Codern (2021), cuyo objetivo fue analizar la evolución del apoyo social percibido e identificar el apoyo social, dos años después del diagnóstico de cáncer de mama, demostró que el apoyo social que percibe la mujer tiende a evolucionar al cabo de los dos años después del diagnóstico de CaMa. Concluyendo que el apoyo más valorado es el emocional, aunque también tiende a disminuir trascurrido el tiempo, afectando el bienestar de la mujer, al considerarse una enfermedad de larga duración.

Mientras que el apoyo social recibido puede mostrarse en un ámbito real y objetivo, el apoyo social percibido, está establecido en términos cognitivos y son aquellas representaciones de la forma en que es valorada querida o amada, la persona por parte de su entorno, este apoyo tiende a estar determinado por la persona que lo ofrece, más que por la que lo recibe, estará sujeto a la disposición, y criterio de sus redes de apoyo.

Bajo esta línea se realizó un trabajo a profundidad, con entrevistas narrativas, donde se analizó el apoyo social como un instrumento que evaluara niveles de prevención, adaptación al diagnóstico y afrontamiento del tratamiento, concluyendo que, a este grupo de mujeres, les cuesta trabajo aceptar el rol de ser apoyadas, dadas su naturaleza de ser cuidadoras, en ocasiones tienden a no manifestar sus necesidades de apoyo, buscando una fortaleza dentro de sí mismas que les permita sobreponerse ante la adversidad Schneider et al. (2015).

Una característica significativa en pacientes con cáncer es la sensación de amenaza. En este sentido, los pacientes con cáncer de seno experimentan afectaciones tanto a nivel físico, social y psicológico y que según el grado de amenaza percibido y el apoyo mínimo

recibido, supone la presencia de un sufrimiento psicológico significativo. Dicho en otras palabras, existe la posibilidad de que la esperanza se torne en desesperanza por el fuerte impacto percibido y el estado de vulnerabilidad psicológica en que se encuentran estas pacientes. Razón por la que, la calidad del vínculo establecido entre la persona enferma y sus cuidadores debe de ser importante para su bienestar emocional. Pero para que el apoyo social sea efectivo debe percibirse como genuino y real; los pacientes que asisten a pruebas de diagnóstico y procedimientos en compañía de terceros perciben mayor soporte emocional durante la terapia contra el cáncer; es por esta situación, que en hospitales como el HRAEI, y otros Hospitales donde se atiende cáncer de mama, se permite al paciente que acuda a sus tratamientos y consultas en compañía de un cuidador al considerarlo un recurso psicológico efectivo para brindar soporte a los pacientes a nivel cognitivo al informar sobre afección y tratamientos de una manera inequívoca al cuidador, en virtud de que se ha demostrado que altos niveles de soporte social, conlleva a la mejora de la salud y disminución de la mortalidad, mientras que su ausencia se refleja en la prevalencia del cáncer y una disminución de la supervivencia.

Un estudio cualitativo fue el realizado por Drageset et al. (2012) denominado "El apoyo que necesito", basado en experiencias de apoyo social en mujeres que han recibido el diagnóstico de cáncer de seno y que están en espera de cirugía. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas realizadas un día antes de la cirugía con 21 mujeres de 41 a 73 años con recién diagnóstico de cáncer de mama en un hospital universitario noruego; un hallazgo importante en este estudio fue que no solo el tener la percepción del apoyo disponible es fundamental, sino también tener personas cercanas físicamente presentes todo el tiempo era importante, particularmente cuando recibieron el diagnóstico.

En la Ciudad de México, se han realizado diferentes trabajos sobre el cáncer de mama y su relación con el apoyo social, como el presentado por Azcarate et al. (2017) en esta investigación arrojó que 74% percibió apoyo social normal y el 26%, manifestó que el apoyo percibido fue escaso, determinando que en el seguimiento del tratamiento las mujeres llegan a percibir un apoyo social normal, soporte que se puede considerar pieza clave para afrontar de una mejor manera esta enfermedad.

El apoyo social puede tener impactos funcionales en los aspectos: afectivo, cognitivo o conductual de la persona específicamente, las funciones que pueden proporcionar las redes de apoyo se pueden dividir en tres: a) *Emocional*: comprende las tareas realizadas por la red de apoyo a través de las cuales las personas se sienten amadas, valoradas, respetadas y la percepción de poder contar con otras personas, así como la pertenencia a un grupo; b) *Material o instrumental*: hace referencia a la disponibilidad de recursos monetarios o bienes proporcionados con el objetivo de solucionar problemas prácticos, como la alimentación o la vivienda; c) *Informativo*: hace énfasis al apoyo que se da por medio de consejos o información sobre la enfermedad de parte del personal médico, concretamente son las conductas que buscan la adaptación de la persona a su medio o situación particular Schneider et al. (2015).

Los tres tipos de apoyo resultarán importantes para las mujeres que experimentan este proceso, siendo el apoyo emocional el más relevante, por representar la valoración de sentirse amada, y valorada, sobre todo cuando este proviene de su entorno cercano, es percibido como un retorno de los cuidados que estas mujeres ha otorgado durante toda su vida.

Apoyo social emocional

El apoyo emocional, es aquel que se da con alguien con quien se pueda hablar en confianza sobre lo que se está experimentando en relación con sus emociones tanto positivas como negativas, compartir dudas, miedos e inquietudes, con la certeza de no ser juzgado y sí, en espera de recibir demostraciones de amor, afecto, simpatía, empatía, comprensión, estima y/o pertenencia. Autores como Enríquez & Vargas (2018), destacan que la principal fuente de apoyo emocional deseada y recibida por mujeres con diagnóstico de cáncer, es la familia, porque brinda disponibilidad y accesibilidad durante este proceso, convirtiéndose en la principal fuente de apoyo social, al generar mecanismos para hacer frente y superar las crisis. El apoyo familiar y el de la pareja, parecen minimizar los efectos secundarios del tratamiento, figuras como el cónyuge o pareja, representa el apoyo emocional más importante de las pacientes (Mejía et al., 2020).

La forma en que funciona la familia será un factor protector para las estrategias de afrontamiento de madurez cognitiva emocional, que si bien se desarrolla con el tiempo y llega a considerarse un proceso de enseñanza y fortaleza en toda la familia, genera una resiliencia frente a la enfermedad, que permite expresar sus preocupaciones y miedos (Acosta et al., 2017).

Las mujeres que están atravesando por este tipo de enfermedad, buscan apoyo principalmente de su entorno más cercano, como puede ser, su pareja, sus hijos, padres, hermanos o amigos íntimos, con los que puedan hablar sobre sus inquietudes, en este orden de ideas, fue realizada una investigación mixta por Cheng et al. (2013) en la que resultó que la satisfacción del apoyo es más importante que el tamaño de la red de apoyo, para influir en varios aspectos de la calidad de vida de los supervivientes a través de los diferentes tipos

de apoyo en situaciones específicas. Las pacientes reportaron buena calidad de vida al recibir apoyo principalmente de la pareja, padres, hermanos e hijos. Además, encontraron una relación positiva entre estas variables —a mayor apoyo percibido mayor calidad de vida, específicamente mejor salud física, psicológica y social—. Cualitativamente, las pacientes denominaron a la pareja y los hijos como la principal fuente de apoyo durante y después de los tratamientos; así mismo, señalaron el apoyo emocional e informativo como los más importantes para restablecer su vida.

Se ha dicho que la cantidad de apoyo social recibido puede disminuir con el tiempo, sobre todo cuando los tratamientos no son observados físicamente por la red de apoyo como un deterioro evidente, tal es el caso de la Terapia dirigida, la cual no se presenta de forma agresiva sobre la imagen de las pacientes, sin embargo muchas sobrevivientes han llegado a informar de cambios en la memoria y la cognición general durante o después de las terapias hormonales adyuvantes (inhibidores de la aromatasa o tamoxifeno), Seliktar et al. (2015). Investigaciones como la presentada por Yamamoto, Tazumi & Arao (2015), pretendió analizar a 10 mujeres cualitativamente, realizando entrevistas semiestructuradas, el cual concluyó que después de comenzar la hormonoterapia, el apoyo de las parejas disminuye, posiblemente porque la cirugía y la quimioterapia son consideradas como tratamientos altamente invasivos, al contrario de la hormonoterapia (donde sus efectos son poco observables). Las participantes se propusieron aceptar el apoyo existente sin pedir más. Se quedaron solas en la trayectoria continua del cáncer de mama. Al parecer la falta de comprensión respecto de las consecuencias producidas por la hormonoterapia, la dificultad de las pacientes en explicar sus síntomas y evaluar el impacto del tratamiento, explican la falta de apoyo.

Giraldo y Franco (2006), afirman que la búsqueda de apoyo social es una maniobra de afrontar una enfermedad crónica, donde el apoyo social reducirá el impacto psicológico de la paciente, permitiendo enfrentar los miedos relacionados con los tratamientos y sus efectos secundarios, así como la morbilidad que pudiera generar el cáncer de mama, pero que se tiene que tomar en cuenta, que quien recibe este apoyo en ocasiones lo considerará insuficiente.

Cabe enfatizar que, no todas las pacientes son acompañadas con apoyo emocional por parte de su familia, llámese hermanos, padres, tíos etc. En ocasiones el enfrentarse a una enfermedad que hoy en día se considera mortal, termina provocando rupturas matrimoniales, dejando a la paciente sola en este proceso. Nigenda et al. (2009), señalan que el abandono de los varones en ocasiones se debe a falta de información para evaluar la situación en su conjunto, donde los miedos los superan al no ser capaces de proteger a la pareja; incluso se sabe que las acciones de las propias mujeres que adoptan con celo su papel de cuidadoras, al ser diagnosticadas, rehúsan a menudo al apoyo y al cuidado, provocando un cierto rechazo emocional por parte de su pareja con sus respectivas consecuencias. Una oportuna intervención psicológica de pareja podría reducir este tipo de conflictos. Cabe la aclaración que este apoyo emocional, también estará correlacionado con la estructura familiar que se tenía antes de manifestar la enfermedad.

En el HRAEI, promueven el apoyo emocional, desde el diagnóstico, el cual no es informado si la paciente no se encuentra acompañada por un familiar cercano (esposo, hijos, padres, hermanos.), así como durante los tratamientos, las pacientes deberán acudir al hospital con un familiar que le acompañe y realice todos los trámites de programación de citas.

Apoyo social instrumental

Los tipos de apoyo más frecuentes con los que desearía y debería de contar una mujer con cáncer de seno por parte de sus seres cercanos, es sin duda el emocional y el instrumental. Cuando nos referimos al apoyo instrumental, son todas esas acciones y prestaciones de servicios tangibles o recursos materiales proporcionados por las redes sociales, para resolver problemas prácticos y/o en la realización de tareas cotidianas tales como las domésticas, cuidar niños y/o familia, cuidados directos a la paciente, préstamo de dinero u objetos, ayuda con el trabajo, traslados y hospedaje en caso de ser necesario e incluso apoyando en la toma de decisiones, de las cuales solo se encuentra este tipo de apoyo en las redes más íntimas o de confianza, en virtud de que representan un alto grado de compromiso de parte de quien proveerá esos recursos.

Hirschman et al. (2005), precisan que el soporte instrumental radica en otorgar ayuda material o financiera, ayudar en la realización de alguna actividad como cuidar a los niños, realizar labores domésticas y de alimentación, inclusive de apoyo en el cuidado personal como ayudar a bañar a la paciente etc. este apoyo material se ha relacionado al bienestar del solicitante debido a que disminuye la sobrecarga de la paciente.

El soporte instrumental brindado por parte de personas allegadas tales como sus familias o amigos cercanos a las mujeres con cáncer de mama, es útil para que la paciente se sobreponga a la cirugía y sobrelleve los efectos secundarios producidos por los tratamientos, por lo que está relacionado a un mejor ajuste a la enfermedad. Personas cercanas como son el esposo, los hijos, hermanos, padres o amigos íntimos, son claves en la proporción de este tipo de ayuda.

En ese mismo orden de ideas, González et al. (2014), presentaron un estudio cualitativo, donde analiza la relación que existe entre las fuentes y el tipo de apoyo instrumental, otorgado a las mujeres con CaMa, con la modificación de roles y actividades rutinarias entre las pacientes y sus allegados, determinando que para éstas, el círculo familiar primario constituye la fuente principal de apoyo instrumental, al ser ellos quienes en ocasiones modificarán sus actividades cotidianas, concluyendo que las mujeres con cáncer de seno tienden a presentar dificultad para expresar sus necesidades, pero principalmente para delegar actividades del hogar por 3 razones: la sensación de utilidad, la responsabilidad de madre y una ideología tradicional de género.

Autores como, Torralba y Codern (2021), indican que el apoyo instrumental tiene más importancia en el periodo de tratamiento. Debido a que es en ese instante en que la pacientes necesitan ayuda con necesidades básicas, debido a sus limitaciones físicas es cuando las mujeres experimentan más dificultades para satisfacer su propio autocuidado, y contar con un amplio número de miembros de la familia tales como esposo, hijos, hermanos, padres o familia política e incluso amigos íntimos que brinden apoyo instrumental; si bien representa una gran ayuda, podría en ocasiones ser una incomodidad al tener que modificar sus actividades y adoptar nuevos roles para poder brindar el apoyo instrumental o tangible, tomando la forma de provisión de ayuda física o material, razón por lo que esta ayuda, tiende a disminuir conforme transcurre el tiempo.

Sin embargo, Dakof y Taylor (1990), señalan que el recurso es efectivo sólo cuando el sujeto percibe la ayuda como adecuada porque de modo contrario, si se percibe como inapropiada, amenazante a su libertad o sentirse en deuda, el apoyo deja de tener efectos benéficos y puede incrementar el estrés y malestar del receptor y puede llegar a provocar efectos negativos en la CV de las pacientes, sobre todo cuando por alguna razón no es

proporcionado de manera adecuada. Estos autores nos señalan que incluso se puede dar conflictos entre las partes, derivado del estrecho contacto en una situación complicada o intentos fallidos de ayuda y sentimientos de pérdida y soledad, provocando más estrés que ayuda.

Para respaldar lo expuesto, realizaron un estudio donde se investigaron este tipo de problemas, para ello entrevistaron a 55 pacientes con cáncer, donde se les cuestionó sobre qué acciones específicas consideraron útiles o inútiles por parte de varios posibles proveedores de apoyo instrumental; los datos arrojaron que las pacientes identifican este tipo de apoyo en las interacciones de amigos y conocidos más que en las interacciones con familiares cercanos, por considerarlos actos de nobleza más que de obligación.

El apoyo instrumental o material, es importante para reducir la angustia que genera el proceso de la enfermedad, sobre todo en lo relacionado a la parte económica, al comprender que es una enfermedad con tratamientos costosos y largos, bajo esta premisa es que en México existen apoyos a situaciones catastróficas como el que ofrece el HRAEI, donde otorga sin ningún costo, todos los tratamientos, estudios y cirugías, si las pacientes no cuentan con ningún seguro social, o institucional. Al conocer estas prestaciones y facilidades, las pacientes bajan su nivel de angustia y preocupación, centrándose en su recuperación.

Apoyo social informativo

El soporte informativo se enfoca en la provisión de información oportuna y relevante, a través de guías, retroalimentación, información objetiva, o bien indicando al individuo recursos de afrontamiento emocional y conductual, vías de acción, referencias a

los profesionales adecuados, con el objetivo de ayudar a que el paciente pueda superar de forma más objetiva los problemas sobre todo cuando esta proviene del profesional médico, dado que permite al individuo tener una visión clara respecto a su enfermedad, analizando las posibles soluciones y ejerciendo una actitud activa en relación a su diagnóstico, también es capaz de hacer uso de herramientas que le permiten afrontar su situación de manera resuelta y eficaz.

Barrón (1996), indica que el apoyo a través de la información, puede proveer a las personas que se encuentran en situación vulnerable, una herramienta que les permita comprenderse a sí mismas y/o para ajustarse a los cambios que necesita y que incluso, tanto el apoyo material como el informacional, pueden considerarse apoyo emocional, siempre que no se conviertan en solo datos, sino que conlleven claridad, interés y preocupación por parte de quien los emite, de ahí que el receptor pueda interpretarlos como muestra de preocupación genuina. El apoyo informacional establece factores que favorecen el desarrollo de identidad personal, porque proporcionan al sujeto una visión de su propio significado personal y social, al fomentar capacidades de autoconcepto y autoeficacia, así como componentes de autoestima. Otras funciones del apoyo que se han añadido dentro del binomio informacional expresivo son los sentimientos de pertenencia y solidaridad con determinados miembros de una red de apoyo.

Alonso et al. (2013), la define como “toda la información que se ofrece a otras personas para que éstas puedan usarla, para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del instrumental, en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo” (p.119) y enfatiza que, ésta debe ser emitida principalmente por el profesional médico y personal de salud, donde se hace necesaria la escucha activa, habilidad fundamental con la que deben contar las personas que se dedican

a esta profesión, hacerse eco de la posibilidad de informar como parte esencial en el proceso del impacto, el afrontamiento y el proceso de adaptación por el propio interés de las pacientes, ya que las mujeres llegan a éste tanto, en busca de asesoramiento como de apoyo.

Un estudio longitudinal presentado por González (2011), cuyo objetivo fue analizar, que efectividad tienen los cuidados informativos y emocionales frente a los cuidados normales en las mujeres en proceso de diagnóstico de cáncer de seno, donde indican que los cuidados de apoyo que recibió el grupo experimental consistían en una evaluación de la salud, sus necesidades de apoyo y educación sanitaria, mediante folletos informativos, tres consultas individuales y dos llamadas telefónicas. Y en el grupo control, se les dio los cuidados normales; apoyo informativo y emocional. Los resultados encontrados indicaron que incorporar un programa de apoyo informativo y emocional puede disminuir la ansiedad en mujeres con sospecha de cáncer de seno sobre todo durante el diagnóstico.

El conocer exactamente el tipo de cáncer de mama que se padece, el estadio en el que se encuentra así como los tratamientos individualizados que se aplicarán, generara en la paciente una disminución de estrés y ansiedad, y establecerá entre el paciente y su oncólogo una relación de comunicación, de sensibilización y adiestramiento sobre los efectos secundarios que serán de gran utilidad durante todo el proceso, permitiendo a la paciente estar atenta a situaciones que ameriten una visita a urgencias.

En el HRAEI, este apoyo es fomentado a todos los niveles, tanto en enfermería como en médicos especialistas, donde se otorga el tiempo suficiente para aclarar dudas, tanto de las pacientes como de sus acompañantes, y se les solicita amablemente a las pacientes, que expliquen con sus propias palabras lo que entendieron sobre su enfermedad.

Apoyo de Grupos de pares

Finalmente, otro grupo de apoyo son los grupos de pares, los cuales han tomado relevancia debido a la importancia como grupos terapéuticos y de apoyo creados para mujeres con CaMa, los cuales han dejado como resultado entre sus participantes: niveles más bajos de ansiedad, de depresión y de dolor físico, tal es el caso del programa que ofrece la ACS (2021), denominado; “Las voluntarias del programa Recuperación a su Alcance”, donde a través de una capacitación inicial y participación en sesiones continuas de actualización del programa, se pretende capacitar a las pacientes que están en etapa de sobrevivientes del cáncer de seno, para ofrecer terapia de escucha, tanto a los pacientes como a sus familiares, permitiendo dar la oportunidad de expresar sus sentimientos, hablar sobre sus temores e inquietudes, y hacerle preguntas a alguien que ha pasado por esa experiencia con el objetivo de brindar comprensión, apoyo y esperanza, porque ellas mismas han sobrevivido al cáncer de seno y han vuelto a tener vidas productivas; los resultados que este programa ha arrojado, es asistir a estas personas durante estos momentos, ofreciendo cierto alivio a la angustia, así como una oportunidad para establecer una base emocional necesaria al momento de tener que tomar decisiones sobre todo a las recién diagnosticadas. Cabe aclarar que este servicio, no solo es en su etapa inicial, sino que abarca el posible regreso del cáncer o una metástasis secundaria.

Font y Rodríguez (2007), indican que las terapias de grupo proporcionan información sobre la salud a varios pacientes al mismo tiempo, y son estos procesos de grupo los cuales permiten compartir experiencias bajo un aprendizaje vicario e identificación entre las personas que padecen la misma enfermedad y señala que existen

dos terapias de grupo, las expresivas y de apoyo y las terapias de grupo de enfoque psicoeducativo, las cuales son más estructuradas. En los grupos de apoyo mutuo lo que se busca es evitar jerarquías, permitiendo que la comunicación sea más informal, los objetivos son más espontáneos y el apoyo es primordialmente emocional.

Lieberman y Goldstein (2006), realizaron un estudio longitudinal sobre grupos de soporte on-line, en 52 mujeres con cáncer de mama, para analizar la expresión de emociones negativas. Los resultados mostraron que una mayor expresión de ira se asoció con mayor calidad de vida y menor depresión, mientras que la expresión de miedo y ansiedad se asoció con menor calidad de vida y mayor depresión. La expresión de tristeza no se relacionó con las puntuaciones de cambio, lo que demuestra que expresar emociones negativas específicas es beneficioso, mientras que otras no lo son.

Este tipo de terapia de grupo está altamente promovida en hospitales de México que atienden CaMa, por medio de unidades de navegación enfocadas a atender inquietudes y dudas, tanto a familiares como a las pacientes, con gran participación, como es el caso del INCAN y el FUCAN, Fundación CIMA, entre otros.

El American Cancer Society Cancer Survivors Network, investigó las relaciones entre el nivel de participación de los sobrevivientes de cáncer en una comunidad de sobrevivientes en línea sobre las percepciones del apoyo emocional/informativo disponible en las comunidades en línea llamado "online social apoyo", el bienestar y los efectos moderadores del "apoyo social fuera de línea" en 1 255 usuarios registrados utilizando encuestas entre 2013 y 2014 encontrando que la participación en las comunidades de sobrevivientes en línea puede aumentar las percepciones de apoyo, las cuales promueven el bienestar, por lo que el apoyo más significativo lo presentan los sobrevivientes de cáncer

recién diagnosticados con necesidades de apoyo emocional/informativo a través de grupos de apoyo en línea para sobrevivientes (Westmaas et al., 2020).

Si bien el enfoque psicoterapéutico de grupo es efectivo, si destaca los aspectos educativos, los grupos de pares son importantes para trabajar las emociones. La utilización de diversos formatos incluyendo el soporte Telefónico e Internet deben facilitar alguna forma de ayuda psicológica o de pares, que llegue a más pacientes, puesto que los efectos favorables de este tipo de intervención favorecen la calidad de vida de las pacientes a corto y mediano plazo, tal como lo señala la ACS (2021), en su programa.

En este punto podemos determinar que el apoyo social en todas sus dimensiones resulta de gran ayuda para las pacientes con CaMa en sus diferentes etapas de supervivencia y proceso de recuperación. Por lo que, establecer mecanismos que permitan al sector salud proporcionar este tipo de apoyo, es fundamental para mejorar la calidad de vida de las pacientes. Las mujeres que enfrentan esta enfermedad necesitan estos tipos de apoyo para sobreponerse a esta difícil situación, por lo que es indispensable que, como estudiosos de la salud mental, los Psicólogos estimulemos a estas pacientes para que permitan ayudarse, cuidarse y porque no, consentirse; que pregunten con toda confianza sobre su tipo de cáncer, no solo para su información, sino para darle un sentido a su historia, y que busquen personas que estén pasando por la misma situación que ellas. Hoy en día existen un sinnúmero de grupos en redes sociales como “Grupo de apoyo para mujeres contra el cáncer de mama”, “Guerreras contra el cáncer de mama”, “Mexicanas luchando contra el cáncer de mama” por mencionar algunos, de mujeres que atraviesan una enfermedad como esta, donde no solo comparten experiencias sino que se apoyan con recursos de medicamentos sobrantes de quimios tan útiles, y más por las circunstancias que atravesamos en el mundo por el tema de la pandemia.

Capítulo 3. Afecto emocional negativo o positivo

El padecer cáncer de mama disminuye aspectos como la calidad de vida o el afecto positivo, autores como O'Leary (1990), quien plantea que las emociones están relacionadas con la función inmune en los humanos, identificando factores psicosociales y de inmunidad para varias enfermedades, incluido el cáncer.

Vecina (2006), define las emociones como:

“tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc. que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento que antecede”(p.10)

De manera que las emociones son un proceso biológico y natural del sistema nervioso autónomo que se presentan ante circunstancias o situaciones, incluso ante personas, que estimulan respuestas endocrinas, fisiológicas y de actividad motriz.

Rosenberg (1998) (citado en Padrós et al., 2012), afirma que el afecto es un término que se refiere a todo aquello emocional, es decir, pueden ser varias formas específicas de afecto como los sentimientos, preferencias, emociones, humor y rasgos afectivos.

Existe la argumentación de la existencia de dos grandes factores dominantes del ajuste de equilibrio emocional. El afecto positivo (AP), que simboliza la dimensión emocional positiva, y describe hasta qué punto una persona se siente alegre, entusiasta, activa, con energía, y participante, y el afecto negativo (AN) que representa experiencia

emocional desagradable, que envuelven una diversidad de estados emocionales aversivos como enojo, tristeza, culpa, disgusto, miedo o nerviosismo. Los términos afecto positivo y negativo, se pueden construir como dos factores opuestos e inversos pero estrechamente enlazados (Montiel et al., 2016).

Definición de afecto positivo-negativo

Moral (2011), señala que:

El afecto emocional positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito”. Las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. “Mientras que el afecto emocional negativo: representa la dimensión de emocionalidad displacentera y de malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades frustración y fracaso” (p.117).

Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia (Moral, 2011)

El expresar emociones positivas ayuda a las personas para afrontar adversidades y disminuye los niveles de angustia en eventos desafortunados o traumatizantes como es el diagnóstico de cáncer de mama, la ACS (2021), apoya la idea de que existe una correlación positiva entre optimismo y supervivencia oncológica, y que mantener emociones negativas tienden a reducir las formas de actuar de las personas experimentando rumiación; definida

como la tendencia de estar pensando en las cosas repetidamente de forma negativa, tales como miedo a posibles recaídas incluso en la muerte.

El padecer cáncer provoca un cúmulo de emociones de diferente intensidad que se presentan en diversos niveles, algunos pueden ir desde la adaptación natural a llegar a manifestar algún trastorno psicopatológico de leve a grave. Estas alteraciones psicológicas y sociales más comunes son la depresión, la ansiedad y la ira, provocando gran estrés, al enfrentarse a cirugías y a tratamientos con fuertes efectos secundarios, así como incertidumbre al pronóstico y como consecuencia, interrupción de sus roles en la vida cotidiana.

Cada realidad vivida por la paciente es única, por lo que las emociones experimentadas también lo son, sin embargo, al conocer el diagnóstico estas reacciones emocionales son similares, ya que pueden representar un choque de emociones que de no tener la atención psicológica oportuna podrían afectar el tratamiento. Las situaciones por las que tendrá que atravesar son similares en cuanto a procedimientos, diagnósticos, espera de resultados, primer tratamiento quirúrgico. Por lo que el mantener emociones positivas como el otorgarle un sentido a la vida suelen ser importantes para los pacientes oncológicos porque facilitan el bienestar pese a la enfermedad. Un componente cognitivo que se relaciona con la satisfacción es el disfrute, el valorar la propia vida y la tendencia al optimismo, predice una mejor adaptación a la enfermedad y por consiguiente una mayor calidad de vida. Podríamos decir que este componente cognitivo es el proceso de valoración que realizan las personas sobre los objetivos alcanzados a lo largo de su vida.

Olivares et al. (2007), comentan en la publicación de la *Gaceta Mexicana de Oncología*, que el afecto positivo es un elemento que contiene el grado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estado de ánimo más frecuentes. Donde el

afecto positivo se relaciona con el componente cognitivo cuando una persona experimenta emociones positivas y que por consiguiente perciba su vida deseable y positiva aún en circunstancias difíciles que se le presenten. En el caso de mujeres con cáncer de mama la manera de abordar el impacto psicológico, es necesario enfrentarlo desde dos líneas de trabajo conjuntas, la cognitiva y la emocional, para la obtención de un bienestar subjetivo.

Por su parte, investigaciones que han relacionado el afecto positivo-negativo con el humor y la depresión en mujeres con cáncer de mama, fue el presentado por Guerrero et al. (2016), donde determina que el humor permite una adaptación mayor a los efectos secundarios producto de los tratamientos, reduciendo las tensiones y ayudando a una mejor expresión de los sentimientos, dando como resultado una mejor calidad de vida y un mejor estado de salud, al actuar como una barrera de protección ante la enfermedad. Este tipo de investigaciones nos afirman que la relación del afecto positivo como el humor, es un factor importante durante el proceso del tratamiento en pacientes oncológicas, permitiendo considerar su situación menos complicada mostrando una actitud positiva y de reto.

Así mismo, existen estudios en los que se ha analizado, cómo el afecto positivo-negativo están relacionados con la resistencia y vulnerabilidad, así como su relación con la ansiedad y depresión durante los ciclos de quimioterapia a través de intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama, donde la ganancia más importante se obtiene en la primera intervención psicológica, al considerarla fundamental para el mantenimiento del estado de ánimo positivo y por consiguiente una disminución del afecto negativo en las pacientes catalogadas como pacientes vulnerables, las cuales experimentan mejoría durante los ciclos de quimioterapia que les permita controlar los efectos secundarios, (Ballver et al., 2009).

Otras formas de identificar cómo afectan los pensamientos negativos y el estrés en relación con el apoyo social y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, es el presentado por Hernández y Landero (2014), en el que los resultados principales encontrados fueron, que sí existe una relación estrecha entre estas variables de forma significativa, de manera negativa entre el estrés y calidad de vida, así como en los pensamientos negativos y calidad de vida.

Bajo estos supuestos, se puede establecer que la forma en que afecta el mantener pensamientos negativos durante el proceso de la enfermedad, sumado a los efectos físicos que las pacientes tendrán que enfrentar producto de los tratamientos agresivos, le generarán estrés, ansiedad y depresión, afectando su calidad de vida, donde el apoyo social juega un papel importante.

Sears (2003), presentó un estudio longitudinal con mujeres de cáncer de mama, para analizar las variables de afrontamiento de reevaluación positiva y de estrés postraumático en etapa temprana hasta la etapa final del tratamiento médico primario, donde la mayoría de las mujeres (83 %) informaron al menos un beneficio de su experiencia con el cáncer de mama, los cuales se expresaron en cambios positivos en sus estilos de vida, en relación con el afrontamiento de reevaluación positiva al ingreso al estudio, predijo un estado de ánimo positivo y la salud percibida a los 3 y 12 meses y el aumento de síntomas postraumático a los 12 meses, mientras que la búsqueda de beneficios no predijo ningún resultado. Los hallazgos sugieren que la búsqueda de beneficios, el afrontamiento de reevaluación positiva y el crecimiento postraumático, son constructos relacionados, pero distintos.

Analizar los beneficios que algunas mujeres pueden identificar en su experiencia con el cáncer de mama, puede estar relacionado a un afecto positivo de espíritu de lucha o reevaluación de la vida, pero también con características propias de la personalidad, (Vélez et al., 2018), o por creencias positivas como comenta Martín et al. (2017), las cuales guardan una relación con el locus de control de salud, o con el afrontamiento a la enfermedad, el cual jugará un factor importante que puede estar relacionado con un vínculo de apego al bienestar; bajo esta idea es que Alonso et al. (2016), buscan identificar dicha relación entre el vínculo de apego y el bienestar en pacientes en tratamiento, encontrando que el componente temor al rechazo y al abandono del apego, así como la presencia de contrariedades en especial las financieras, genera síntomas físicos que determinan el grado de bienestar, llegando a concluir que las relaciones cercanas ayudan a mejorar el estado emocional durante las fases activas de los tratamientos del cáncer.

El afecto positivo-negativo ha sido investigado de diferentes puntos de vista, sobre todo relacionadas con el bienestar subjetivo y el cáncer de mama, en grupos como el presentado por Humboldt et al. (2017), examinando la asociación de la dimensión afectiva con la cognitiva del BS de ambos grupos de mujeres mayores, utilizando la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), en una muestra de 387 ($M = 85.27$; $DE = 6.59$, intervalo 75-100). Concluyendo que las mujeres con CaMa en remisión presentaron puntajes de BS significativamente más altos. Las dimensiones cognitiva y afectiva del BS se correlacionaron con el CaMa. Lo que concluye que en la clínica y el desarrollo de programas pueden beneficiarse de abordar el BS de mujeres mayores sobrevivientes al padecimiento oncológico.

Podemos entender que el padecer cáncer de seno representará emocionalmente un acontecimiento devastador que se acompañan de sentimientos de miedo, angustia y ansiedad y que cada mujer responderá de manera particular a este acontecimiento, buscando diferentes estrategias de afrontamiento según la forma como cada persona le dé significado a su enfermedad, la autoestima y otras variables de personalidad jugaran un papel importante al soportar los tratamientos y lograr mantener con un afecto positivo durante el tratamiento representará todo un triunfo, lo cual producirá altos niveles de satisfacción vital y buena calidad de vida social.

Una forma de entender la relación que existe entre los niveles de la autoestima y los estilos de afrontamiento presentes en mujeres con este padecimiento es el estudio presentado por Martínez et al. (2014), donde analiza a mujeres en edad avanzada con un tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 5 años, resultando que la autoestima se encuentra en niveles bajos y medios, y el estilo de afrontamiento con tendencia al desgaste emocional. Entre las estrategias que se emplearon, se encuentran: el autocontrol, la reevaluación positiva, y la planificación.

Si bien un gran número de mujeres sobrevivientes de CaMa recupera su vida lo más normal concluido su tratamiento con secuelas manejables Montiel et al. (2016) nos dicen que existe otro grupo de pacientes en las que las dificultades físicas sociales y psicológicas persisten a lo largo de su vida, se considera que más del 40% presentan síntomas relevantes de malestar psicológico como la depresión entre 0 y 58% y la ansiedad entre 6 y 23%. Dentro de las alteraciones físicas se encuentran fatiga, insomnio, neuropatía y dolor, así como alteraciones sexuales en un 73,4%, menopausia inducida y desfiguración quirúrgica significativa, provoca un afecto negativo con altos niveles de estrés y pobre capacidad de afrontamiento.

El afrontamiento en palabras de Martin et al. (2017), “son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”(p.2). Las mujeres con CaMa utilizarán estos afrontamientos de acuerdo con experiencia de aprendizaje en situaciones amenazantes vividas.

Carver & Antoni (2004), refieren que las mujeres con este padecimiento que pueden evaluar los beneficios de afrontar el diagnóstico y el tratamiento presentan una disminución de estrés así como menos emociones negativas y menos sintomatología depresiva en la etapa de terminación del tratamiento de cáncer. En el proceso de cáncer de mama, nacen actitudes y pensamientos negativos como positivos, al principio de la enfermedad, se manifestarán más la negatividad ante una condición catastrófica de salud e incertidumbre, pero al final de los tratamientos se desarrollará un conjunto de actitudes positivas hacia la enfermedad.

Estos esfuerzos cognitivos y conductuales de los que habla Martin et al. (2017), permiten la regulación del afecto positivo-negativo de las emociones y sentimientos en el transcurso de la enfermedad oncológica, que será de gran ayuda en el proceso de duelo psicológico el cual es inevitable debido a la amenaza de la existencia, el dolor y el miedo a la muerte.

La mayoría de las investigaciones se centran en evaluar el afecto negativo como la ansiedad y depresión, tristeza, miedo, ira, etc. cuando se refiere al ajuste psicológico al cáncer y el afecto positivo se busca medir tanto la presencia o ausencia de emociones como entusiasmo, alegría y disfrute. Padrós et al. (2012), comenta que desde el ámbito de la

Psicopatología se describen alteraciones y trastornos que dan apoyo a la idea de que estados de ánimo positivos y negativos, pueden ser experimentados de forma muy intensa (emociones positivas y negativas) en períodos de tiempo muy breves e incluso en el mismo momento. Situación que coincide con lo que plantea Cruzado (2013), que durante los diferentes momentos del proceso de CaMa se experimentan emociones muy variadas, y que el identificarlas oportunamente permiten a la terapia oncológica evaluar la eficacia de los tratamientos y toma de decisiones acerca de los mismos, en busca de los más idóneos, que permitan un mejor bienestar subjetivo, donde lo más importante es que la paciente consiga una vida digna de ser vivida en términos físicos sociales y psicológicos.

La teoría del afecto positivo- negativo no pretende esconder las emociones, ya que representaría mayores exigencias al paciente, no se trata de “hacer una vida normal”, “no pensar cosas negativas”, “no llorar”, etc., y/o mantener “pensamientos positivo” para, de este modo, “no deprimirse” , lo que se busca es darle un sustento de verdad a las emociones con pensamientos asociados a la enfermedad; si bien algunos hallazgos en psiconeuroinmunología nos han demostrado que la tristeza puede generar una baja en el sistema inmune y esto provocar una progresión de la enfermedad que podría llevar a la muerte prematura o puede revertir un diagnóstico o un mal pronóstico, lo que se busca es manejo eficaz de las emociones, que el paciente exprese sus emociones propias del proceso de adaptación a los cambios que implica un diagnóstico oncológico y sus tratamientos. Autores como Rojas y Fernández (2015) determinan que “la connotación negativa de emociones como la tristeza, la rabia y el miedo contribuye a la estigmatización del paciente oncológico y a homogeneizar lo que sería una reacción adaptativa saludable” (p. 355).

Las experiencias vividas de padecer cáncer acompañaran por el resto de su vida a quien lo padeció, algunas sobrevivientes manifestarán sentimientos de preocupación hacia las mujeres de su entorno, trasladando su aprendizaje de cuidados preventivos, con el propósito de crecimiento personal y darle un sentido a su travesía con el cáncer. Bajo esta línea es que Pelusi (1997), presentó un estudio descriptivo a 8 mujeres sobre la experiencia de sobrevivir al cáncer de mama de 34 a 70 años (media = 54,6 años), las cuales se encontraban en supervivencia sin tratamiento del cáncer de mama. El tiempo promedio desde la finalización de la terapia fue de 7,6 años (rango = 2-15 años), identificando que la experiencia de sobrevivir al cáncer de mama es la de enfrentarse a lo desconocido y experimentar muchas pérdidas, donde estuvieron presente tanto emociones positivas como negativas. Al mismo tiempo, este viaje se convierte en uno de crecimiento e iluminación, brindando a la mujer muchas oportunidades nuevas e inesperadas. Este viaje afecta no solo a las propias mujeres sino también a quienes las rodean.

El percibir las emociones nos permite reconocer sentimientos propios y ajenos que nos permitan manifestarlos bajo un panorama equilibrado, pero sobre todo de forma clara y oportuna, para evitar malentendidos con nuestras redes de apoyo, expresar como nos sentimos, el grado de dolor que sentimos, el cansancio por los tratamientos es una habilidad que podemos desarrollar para manifestar estados y sensaciones tanto fisiológicas como cognitivas propias, así como las expresadas por los demás.

Como mujeres cuidadoras, el regular las emociones resulta complicado, en su mayoría las mujeres son educadas para estar siempre al servicio de los demás, sumado a estigmas que la sociedad nos ha impuesto cuando expresamos emociones tales como miedo, enojo, o tristeza se nos señala que las mujeres somos unas exageradas, dramáticas etc. provocan una angustia psicológica, sobre la forma de expresar el afecto negativo, sobre

todo entre las mujeres con CaMa. Desarrollar emociones positivas, de alguna forma se complementa con el despliegue de emociones negativas, como ejemplo el expresar enojo hacia la enfermedad, con el paso del tiempo lograra que la paciente pueda pasar a la etapa de aceptación hacia su padecimiento y por consiguiente una adaptación a la misma.

Capítulo 4. Adaptación a la enfermedad

El proceso de adaptación en una mujer a padecer cáncer de mama implica un impacto en las dimensiones de su vida, tales como física, psicológica y social, lo que representa diversas complicaciones de forma personalizada para cada paciente; durante este proceso suelen presentarse emociones como miedo, angustia, inseguridad, tristeza, ira, y en algunos casos depresión, ansiedad o ambas.

Moreno et al. (2015), aseveran que cuando la enfermedad es diagnosticada ésta afecta la cotidianidad de la persona que la padece; pero también a su entorno familiar y social perturbando su seguridad y su confianza, puesto que irremediablemente va introduciendo cambios en su vida, para los cuales la paciente no está preparada, sin embargo, las personas inician un proceso de adaptación lenta y progresiva a la idea de la existencia de la enfermedad en su vida, las pérdidas y duelos que esta conlleva.

El psicólogo Hartmann, (1987) dice que “la adaptación es primordialmente una relación recíproca entre el organismo y su medio. Allí donde las funciones reales, determinadas conjuntamente por el mecanismo total del organismo y por su ambiente son favorables” (p.42). Un estado de adaptabilidad puede contener un presente y un futuro, pero la adaptación hace referencia a una condición futura, donde la persona realiza cambios en su medio y a su esquema psicofísico.

Definición de adaptación a la enfermedad

Londoño (2009), establece que

“La adaptación es un proceso equilibrador que depende de la voluntad, de los esfuerzos y las aspiraciones de las mujeres que padecen cáncer de mama,

cualesquiera sean las condiciones a las que deban enfrentarse. Sin la adaptación no es posible la supervivencia ” (p. 72).

Esta adaptación se desarrolla en 4 etapas, Londoño (2009), que pueden darse en este orden:

- *Descubriendo la enfermedad.* Esta etapa es previa al proceso de adaptación y pertenece al momento de los estudios, biopsia, y confirmación de la enfermedad, representa un derrumbe emocional y a la vez una búsqueda de aceptación y fortalecimiento.
- *Aceptando la enfermedad.* Es en esta etapa donde comienza el proceso de adaptación, será el resultado de un trabajo de fortalecimiento emocional, pero sobre todo de apego a la vida, es un momento de elaborar un balance, entre la vida y las pérdidas que sufrirá, siendo las más significativas el seno y cabello/pestañas.
- *Venciendo la enfermedad.* En esta etapa se incluyen los tratamientos agresivos que despertarán el fantasma de la muerte, se manifiesta como un desequilibrio físico, psicológico y social, sin embargo este desequilibrio prepara a la mujer para un trabajo de fortalecimiento integral que permita vencer la enfermedad.
- *Adaptándose a un nuevo cuerpo y a una nueva vida.* En esta etapa se realiza un proceso continuo por el resto de sus vidas y generalmente coincide con el término de los tratamientos oncológicos donde su prioridad es lograr recuperar su vida, identificando sus limitaciones, fortalezas anteriores y nuevos de estilos de vida saludables, y autoimagen donde incluyen prótesis o reconstrucción.

Es así como podemos pensar que adaptarse a la enfermedad no solo significa combatirla, sino que ésta afecte lo menos posible su vida, tanto en la imagen y sus actividades sociales, así como las laborales, pero sobre todo en sus relaciones interpersonales, que les permita recuperar en lo posible la vida como la vivían antes del CaMa. Y es en este momento de adaptación donde el apego a la vida servirá de empuje a la adaptación de la enfermedad con prácticas de autocuidado (alimentación, ejercicio físico, ejercicios de relajación etc.), de funcionalidad, (a la actividad laboral y social etc.), de autoimagen (ocultando las pérdidas personales como la pérdida de cabello con pelucas, pestañas postizas, prótesis etc.), es un proceso dinámico de equilibrio, de un trabajo de fortalecimiento integral.

La adaptación al cáncer implica una serie de respuestas que les permiten enfrentar múltiples tareas que conllevan el vivir con este padecimiento, donde las pacientes se tendrán que enfrentar a una serie de procesos según su evolución clínica, lo anterior según el Instituto Nacional de Cáncer (2022), y las cuales son:

- Diagnóstico inicial.
- Tratamiento activo (cirugía, radiación y quimioterapia).
- Post-tratamiento y remisión.
- Recidiva (reaparición del cáncer, poco después de terminada la convalecencia).
- Conclusión del tratamiento curativo.
- Supervivencia a largo plazo.

Para cada etapa el paciente implementará una serie de estrategias cognitivas y conductuales específicas como pueden ser:

- *Las estrategias enfocadas en los problemas:* son aquellas conductas que se aplican para resolver un problema en específico como puede ser, contar con recursos para los costos del tratamiento.
- *Las estrategias enfocadas en las emociones:* son aquellas que se emplean en disminuir el sufrimiento emocional por ejemplo buscar apoyo con las personas cercanas. En ocasiones estas estrategias pueden incluir conductas evasivas.
- *Las estrategias enfocadas en el significado* son aquellas conductas que el paciente emplea para entender qué ha sucedido como por ejemplo encontrar sentido e importancia en sus vidas.

En el mismo sumario del National Cancer Institute (PDQ, 2022), determinó que el ajuste o la adaptación psicosocial están influidos por las siguientes tres categorías amplias de factores.

- Derivados del cáncer.
- Derivados del paciente.
- Derivados de la sociedad.

Algunas mujeres han demostrado percepciones positivas hacia la adaptación de la enfermedad, mientras que otras no, mostrando emociones de rebelión e ira (Mermer et al., 2016). La aceptación o rebelión de las mujeres contra la enfermedad varía dentro de sus interpretaciones sociales durante el tratamiento como en la etapa de diagnóstico o tratamiento. Para algunas la pérdida de cabello/pestañas tiene un impacto difícil de superar, representando un duelo similar a la pérdida del seno, aun sabiendo que esto sucedería como consecuencia de los medicamentos, en virtud de que les resulta complicado ocultar su

condición de enfermo oncológico. Sin embargo, para otras mujeres es una pérdida para sobrevivir.

Leyva et al. (2011), señala que:

“Las personas que se adaptan bien están generalmente comprometidas y participan activamente en adaptarse al cáncer, incluso encuentran significado e importancia para sus vidas. Las mujeres que no se adaptan bien, participan menos en el ajuste, se retraen y se sienten desesperanzadas” (p. 97).

Bajo el panorama psicológico siguiendo a Brennan (2001), advierte que cuando se padece una enfermedad maligna, el paciente deberá hacerse de todos sus recursos con los que cuenta una persona para enfrentar dolores o síntomas desagradable y adversos, así como aceptar las limitaciones que la enfermedad provoca, y la angustia por un futuro incierto, el adaptarse a la enfermedad representara un ajuste de procesos psicológicos que dependerán tanto del individuo como de su entorno social a medida de que adquiera estrategias que le sirvan para enfrentar los cambios oncológicos; un criterio que nos señala este autor, es la forma que suele utilizarse para reconocer la adaptación de un paciente, uno sería la presencia de síntomas psicológicos como niveles altos de ansiedad y depresión, bajo este criterio, la adaptación representaría la ausencia de emociones negativas, sin embargo otra manera de evaluar la adaptación seria por la presencia de estados de ánimo positivos o el grado de bienestar y satisfacción; comenta que otra forma de evaluar la adaptación a la enfermedad, seria por la presencia de síntomas físicos o psicosomáticos relacionados con la enfermedad como son los dolores, el insomnio o alteraciones digestivas; también es posible evaluarla a partir del grado de funcionalidad, podemos pensar que una mujer con CaMa, se adapta a la enfermedad, si su autonomía no se ha visto tan afectada o a cambiado lo menos posible.

La teoría de Taylor (1983) hace referencia a que la adaptación cognitiva tiene su base en la adaptación a situaciones amenazantes, donde señala que existen tres temas de procesos cognitivos de adaptación, en primer lugar, la búsqueda de significado al acontecimiento amenazador, en segundo lugar, el intento por recuperar el control y por último, el esfuerzo o intento por no perder la autoestima. Esta autora llega a esta conclusión después de un trabajo realizado con mujeres con cáncer de mama y las creencias sobre el control del cáncer, asociadas a la adaptación, concluyendo que las creencia a controlar su cáncer, se asociaron significativamente con un buen ajustamiento de control cognitivo, (Taylor, Lichtman y Word, 1984), y concluye que el éxito depende en parte, de la capacidad para sostener y modificar ilusiones que aminoren no sólo las amenazas presentes, sino también los posibles retrocesos futuros.

Las mujeres que logran retomar su vida de forma funcional en corto tiempo se consideran que se han adaptado a la enfermedad, sin embargo, esta adaptación también suele ser progresiva a medida que la paciente va aceptando su nueva condición de enferma y en ocasiones dependerá del ajuste mental que le permita mantener un equilibrio emocional durante todo el proceso oncológico.

Las teorías de adaptación y ajuste mental a la enfermedad o ajuste al cáncer, emanan del trabajo presentado por Lazarus y Folkman (1984), en el que hacen referencia sobre el afrontamiento efectivo, el cual permite a las personas mantener niveles de estrés moderados y vivir con estrés sin daño psíquico y fisiológico significativo, esta teoría se ancla en dos ideas básicas: estructura y proceso, reflejando para este autor dos formas diferentes de pensar sobre el afrontamiento, es decir, como un rasgo estable o un estado flexible, Lazarus y Lazarus (2006).

Cuando el afrontamiento se centra en el problema, la atención de una persona es enfocada en lo que se puede hacer para cambiar la situación y eliminar o disminuir el estrés. Pero cuando el afrontamiento está centrado en la emoción, no se hace ningún esfuerzo por cambiar la situación, quizás porque sentimos que es poco probable que se tenga éxito.

Soriano (2002), define el afrontamiento al cáncer como “las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales que presentan las personas diagnosticadas con cáncer en relación con sus interpretaciones y valoraciones que atribuyen a la situación agobiante” (p. 75). Se trata de la postura que adopta la persona frente a su diagnóstico y tratamiento las cuales se manifestarán de forma favorable o negativa dependiendo de las exigencias que el proceso determine, donde la paciente busque nuevas estrategias que le permitan adoptar ciertos comportamientos para disminuir los malestares de la enfermedad.

Watson y Greer (1998), (citado en Soriano 2002), refieren que

“El afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)” (p. 75).

La teoría de Greer y Watson (1988) (citado en Galindo 2019), sobre ajuste mental al cáncer o adaptación a la enfermedad, definen como dimensiones principales, las siguientes:

- *Espíritu de lucha*: La persona acepta completamente el diagnóstico y toma una postura positiva que le permita luchar contra la enfermedad y adoptando un

comportamiento participativo en cuanto a la toma de decisiones sobre el tratamiento oncológico, bajo un equilibrio emocional.

- *Evasión (rechazo)*: En este caso el paciente con CaMa niega la enfermedad evita pensar e informar sobre la misma, manifestando un comportamiento de evasión al no hablar sobre su enfermedad incluso con los médicos, de esta forma pretende un bloqueo emocional.
- *Fatalismo (aceptación estoica)*: La paciente acepta el diagnóstico de una manera irreversible y fatalista, tomando un comportamiento de resignación ante la enfermedad, de forma que predominan las emociones negativas.
- *Preocupación ansiosa*: Se manifiestan sentimientos de intranquilidad en cuanto a la enfermedad, con comportamientos recurrentes de alarma ante cualquier molestia existente bajo el temor de una propagación del tumor o recaída de la enfermedad, de forma que surgen continuamente emociones negativas con mayor fuerza.
- *Impotencia /desesperanza*: La paciente asume una actitud de derrota y pesimismo frente al diagnóstico, con comportamientos poco participativos y desinteresados, por lo tanto mantiene respuestas negativas en cuanto a la enfermedad, y como consecuencia se pueden presentar rasgos depresivos.

Bajo esta teoría, la evaluación del ajuste mental al cáncer es fundamental para identificar la adaptación a la enfermedad y la forma en que cada mujer le da un significado a lo que le está ocurriendo desde su propio enfoque, es decir la situación por la que atraviesa no cambia, pero si la manera de verla y darle significado. Donde la reevaluación cognitiva toma significado.

En un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal con 80 mujeres en tratamiento de quimioterapia presentado por Leyva et al. (2011), donde se buscaba conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama, en una institución de segundo nivel de atención del estado de Durango. Estas mujeres buscaron el equilibrio mediante un trabajo de fortalecimiento integral: emocional, físico, social y mental, en el que ponen esfuerzo, creatividad, empeño y dedicación. También demostró ser muy importante en este proceso el tener o desarrollar una mentalidad positiva. El apoyo, - formal e informal- constituyó un factor determinante para su adaptación.

En esa misma línea otro estudio descriptivo transversal, desarrollado durante los meses de septiembre del 2013 y febrero del 2014, incluido 175 mujeres. Fue el presentado por Henao et al. (2017), donde se pretendía describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de mujeres que presentan cáncer de mama. Se calculó la capacidad de afrontamiento y adaptación, cuyos resultados mostraron que el 98.90 % de las mujeres con cáncer de mama tienen alta capacidad de afrontamiento y adaptación, 90.9 % de las participantes afirman estar atentas a cualquier cosa relacionada con la situación, empleando diferentes mecanismos para enfrentar el CaMa. Concluyendo que esta capacidad de afrontamiento y adaptación les permite a estas mujeres responder a la situación estresante de la enfermedad mediante comportamientos, pensamientos o emociones enfocados a lo positivo.

El ajuste mental a la enfermedad, o ajuste mental al cáncer, es un término utilizado en la psicooncología y en psicología de la salud en general, cuando se quiere referir a que no se presenta morbilidad psiquiátrica o en ocasiones a la recuperación del funcionamiento antes a la enfermedad.

Bajo este enfoque sobre la adaptación a la enfermedad, el Instituto Nacional de Cáncer (2022), señala que esta puede ir desde, aspectos de la adaptación psicosocial, sufrimiento psicosocial, trastornos de adaptación, hasta la ansiedad relacionada con el cáncer.

En el resumen del PDQ del NCI (2022) de información sobre la prevención del cáncer de mama, se describe de manera concisa la definición del **ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer** “como un proceso constante durante el que cada paciente, trata de manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, y dominar o controlar los acontecimientos vitales relacionados con el cáncer” (p. 3).

En el mismo resumen del PDQ del NCI (2022) de información sobre la prevención del cáncer de mama, define el **sufrimiento psicosocial** como, “una experiencia multifactorial desagradable de naturaleza psicológica (es decir, cognitiva, conductual y emocional), social, espiritual o física que a veces interfiere con la capacidad de la persona de enfrentar el cáncer, los síntomas físicos y su tratamiento de manera eficaz” (p. 3).

El DSM-5 (2013), define el **Trastornos de adaptación**: “como el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés” (p. 170).

Resulta importante identificar estos rasgos en las mujeres con CaMa para evitar problemas que se pueden volver incapacitantes, como la depresión, la ansiedad y el aislamiento social.

Terapia Cognitiva Conductual

Una forma en que es útil la Terapia Cognitiva Conductual [TCC] como forma de adaptación a la enfermedad de cáncer, es que se basa en la idea que los síntomas mentales, emocionales, e incluso físicos, nacen en parte como resultado de pensamientos, sensaciones y comportamientos de las pacientes, y que la modificación de estos, puede ser una estrategia para enfrentar situaciones difíciles y aliviar el sufrimiento emocional, (Jacobsen y Hann, 1998) (citado en National Cancer Institute PDQ, 2022).

Utilizando diversas técnicas como:

- Entrenamiento de relajación.
- Solución de problemas.
- Reestructuración cognitiva.
- Autoafirmaciones para enfrentar situaciones difíciles.

Como ya se ha mencionado el afrontamiento son todas esas estrategias cognitivas-conductuales que utiliza una persona para preservar su integridad física y recuperarse de forma funcional ante la enfermedad, donde la percepción de control sobre la misma proporcionará un equilibrio psicológico, permitiendo una menor vulnerabilidad y una mejor adaptación ante lo vivido.

Varios son los estudios en todo el mundo que han investigado las estrategias de afrontamiento y adaptación que suelen utilizar las mujeres con CaMa. Un estudio que se realizó con la finalidad de identificar cuáles son esas estrategias cognitivas-conductuales que utilizan las mujeres con cáncer de mama para enfrentar la enfermedad fue el realizado por Ojeda y Martínez (2012), en Perú, en el cual las participantes mencionan que en el área cognitiva es el reordenamiento de prioridades y en el área conductual, la estrategia más utilizada fue la aproximación y afrontamiento dirigido al problema. Así mismo, en otro

estudio también realizado en el Perú por Lostaunau, et al. (2017), refiere que la estrategia más utilizada fue la religión; lo mismo en países como Irán la estrategia más utilizada igualmente fue la religión, de acuerdo con el estudio de Khodaveirdyzadeh, et al. (2016), fue realizado a 266 mujeres con CaMa; donde se concluye que utilizar estrategias basadas en lo espiritual y/o religioso, se asocian a una mejor adaptación emocional de la enfermedad. En Chile se realizó un estudio sobre el optimismo y estrategias de afrontamiento, concluyendo que a mayor nivel de optimismo, las mujeres presentaron una mejor salud psicológica, salud social y salud ambiental (Mera et al., 2012).

En Ecuador se presentó otro estudio realizado por Moreno et al. (2017), de tipo observacional descriptivo, donde la estrategia más utilizada de afrontamiento social fue la centrada en la emoción, bajo el distanciamiento y el autocontrol. En China, el estudio presentado por Lee, et al. (2017), revelan que las sobrevivientes chinas de cáncer de mama utilizan como estrategia, la escritura expresiva en particular las intervenciones de divulgación escrita para promover la búsqueda de beneficios y reducir la autculpa, la cual tiene que ver con una mejora a largo plazo del bienestar psicológico, y restaurar la autoestima.

Estos estudios nos indican que son varias las estrategias que utilizan las mujeres con CaMa, para afrontar y adaptarse a la enfermedad, pero también existen factores que influyen en el afrontamiento de estas pacientes, tales como la edad, el nivel de estudios, la actividad laboral, el factor cultural, así como la estructura familiar etc., lo que nos indica que la adaptación a la enfermedad del cáncer no depende exclusivamente de las estrategias cognitivas conductuales de las pacientes (Rabadán et al., 2017).

Uno de los factores más importantes repercute en la influencia del funcionamiento familiar en el que vive la paciente. Bajo esta idea fue presentado un estudio realizado por el psiquiatra Aubá (2007), en Nevada el cual pretendía comprobar cómo el funcionamiento familiar influye, modifica o facilita la adaptación psicológica a la enfermedad en pacientes oncológicos, el cual señala que en las familias que presentan bajo nivel de cohesión, el diagnóstico es perturbador, así como el apoyo que se le puede brindar a la paciente; más, sin embargo, si esta cohesión es elevada, prácticamente no se producirán cambios en el funcionamiento familiar.

En términos propositivos lo que se pretende es que la paciente se haga cargo de su enfermedad, que utilice todos los recursos con los que cuenta en lo personal y familiar para adaptarse a su diagnóstico y tratamiento, que le permita una recuperación responsable. En el HRAEI, en su clínica de la mujer, se trabaja proactivamente sobre la manera en que la paciente con cáncer de mama debe involucrarse con su tratamiento; se motiva a las mismas a que pregunten, que opinen y se informen sobre los pasos a seguir, evitando que esta no se victimice, que conozca al equipo médico y se familiarice con las funciones de cada uno en pro de su mejoría.

En el Instituto Nacional de Cáncer en EE UU (2021), se emitieron una serie de recomendaciones dirigidas a los pacientes oncológicos para la adaptación a la enfermedad, desde consejos para cómo hablar con sus médicos tratantes y aprender acerca del cáncer y de su tratamiento, como comunicárselo a los familiares e hijos pequeños, hasta como pedir ayuda de la pareja o cónyuge.

En el Instituto Nacional de Cancerología, en la CDMX (2021), existe una unidad denominada Centro de Apoyo para la Atención Integral (CAAINCan) como parte de su proyecto de Navegación, dedicada a desarrollar estrategias y habilidades, enfocadas en

pacientes oncológicos, impartiendo diversas clases de arte, de musicoterapia, acupuntura, apoyo social grupal, y sesiones de educación o información sobre el cáncer, entre otros.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Steven C. Hayes (1983)

Este tipo de terapia es considerada dentro de las Terapias Conductuales de Tercera Generación y en últimos tiempos es utilizada en pacientes oncológicos en virtud de que promueve la flexibilidad psicológica en el manejo de los factores estresantes de la vida que afecta las emociones, enfocando el contexto y la función de eventos psicológicos tales como pensamientos, sensaciones o emociones, en lugar de enfocar el contenido, validez, intensidad o la frecuencia de tales eventos (Hayes et al., 2006).

Sarizadeh et al. (2021) apuntan que al aplicar este tipo de terapias en oncología se enfatiza en la aceptación y los valores, porque aborda la naturaleza específica y dinámica de la adaptabilidad del cáncer a través de 6 procesos centrales (es decir, aceptación, difusión, auto-contexto, estar presente, valores y acción comprometida), logrando generar la flexibilidad psicológica que permita proporcionar un potencial significativo para los desafíos de la vida relacionados con el cáncer, este tipo de terapias difiere de las terapias psicológicas que buscan cambiar los pensamientos y sentimientos perturbadores, en la ACT se centra en aceptar esos pensamientos y sentimientos para poder modificar su función o efecto, a través de modificar el contexto en el cual suceden. Se cambia el contexto para cambiar su función, para que no obren como obstáculos.

Varios son los estudios que han investigado este tipo de terapia aplicada a mujeres con cáncer de mama, como es el caso del programa “Mind para mujeres con cáncer de mama”, presentado por Trindade, et al. (2020) o el de Sarizadeh et al. (2021) cuyo

objetivo fue el analizar el síndrome de desmoralización y trauma relacionado con el cáncer de mama en pacientes y sobrevivientes; o el de y Johns et al. (2020) cuya finalidad fue evaluar el miedo a la recurrencia del cáncer. Bajo la misma línea Sarizadeh et al. (2018), presentaron una investigación donde evaluó la eficacia ACT sobre el miedo a la recurrencia del cáncer y el crecimiento postraumático en pacientes con cáncer de mama; también se encuentra la investigación de Sadeghi et al. (2018) donde analizó el efecto de aceptación y compromiso en la terapia grupal sobre la calidad de vida y resiliencia de mujeres con CaMa; Salari et al. (2021) elaboraron un estudio de como la ACT afectaba en la angustia psicológica de los pacientes con cáncer; Mosher (2018) utilizaron la ACT en sesiones telefónicas de educación/apoyo para evaluar la gravedad del dolor, la fatiga, la alteración del sueño, los síntomas depresivos así como la ansiedad. Concluyendo todos ellos en que puede ser un complemento útil para el tratamiento médico del CaMa y apoya la combinación de componentes de aceptación, atención plena y compasión en este contexto. Y determinan que contar con programas psicológicos accesibles e integrados para personas con cáncer, puede ayudar significativamente a mejorar la calidad de vida y la salud mental de esta población.

Con base a lo revisado en las investigaciones mencionadas en el Marco Teórico, se buscó conceptualizar el cáncer en términos generales y en lo particular el cáncer de mama, permitiendo entender su regulación emocional, aceptación y compromiso con la enfermedad y cómo estas variables se ven afectadas por el apoyo social.

La importancia de este trabajo radica en la falta de estudios sobre pacientes con cáncer de mama que involucren las áreas mencionadas, consideradas en general, como factores claves en el abandono del tratamiento.

Capítulo. 5 Método

Objetivo general

Evaluar el apoyo social percibido, así como el afecto emocional positivo y negativo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), para conocer la relación de adaptación a la enfermedad y las emociones positivas-negativas y el apoyo social percibido, evaluando al inicio y después de 2 meses de iniciado el mismo.

Objetivos específicos

1. Evaluar los tipos de apoyo social percibidos por las pacientes con CaMa, en sus tres dimensiones (emocional, informativo e instrumental), a su llegada al HRAEI y al cabo de 2 meses.
2. Evaluar el afecto emocional positivo y negativo a su llegada al HRAEI y después de 2 meses de las pacientes con CaMa.
3. Evaluar el ajuste mental de las participantes con CaMa a su llegada al HRAEI y después de 2 meses.
4. Analizar la asociación entre el apoyo social percibido y las variables sociodemográficas de las participantes con CaMa.
5. Analizar si existe relación entre el apoyo percibido con la adaptación al tratamiento al inicio y después de dos meses de iniciado el mismo de las participantes con CaMa.

Diseño del estudio

El diseño del estudio es pre-experimental de un solo grupo, de acuerdo con Hernández, et al. (2014), este tipo de diseño es útil como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. Los diseños pre-experimentales pueden servir como estudios exploratorios y se planea una evaluación pretest-postest, para comparar los resultados después de dos meses de iniciado su tratamiento oncológico, en un estudio longitudinal al medir dos momentos en el tiempo las distintas variables que se evalúan, de forma que puede establecerse una secuencia temporal entre ellas.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el apoyo social percibido y el afecto emocional positivo, con relación la adaptación a la enfermedad por parte de mujeres entre 30-80 años diagnosticadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, al inicio y 2 meses después de comenzar con el mismo?

Hipótesis de investigación

- H₁. Las mujeres con diagnóstico de CaMa, que tienen mayor afecto emocional positivo tienden a percibir mayor apoyo social.
- H₂. Las mujeres con diagnóstico confirmatoria de CaMa, que cuentan con apoyo social recibido tienden a una mejor adaptación a la enfermedad.

Escenario

Se realizó dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidades de Ixtapaluca, en su área de Clínica de la Mujer, perteneciente a su Servicio de Oncología. El HRAEI pertenece a la Secretaría de Salud, clasificado como de tercer nivel, forma parte de los 16 hospitales de alta especialidad a nivel nacional, cuenta con 10 años de servicio, con 19 especialidades quirúrgicas y 21 especialidades clínicas así como 12 unidades de apoyo para diagnóstico y tratamiento, por su excelente equipo e instalaciones fue designado hospital COVID durante la pandemia 2020-2021, al contar con 246 camas generales y 108 camas de cuidados intensivos, en el área de investigación cuenta con un laboratorio molecular, uno de conservación de células madre y un área de enseñanza continua que abarca la mayoría de las especialidades en salud por lo que se considera un Hospital de Enseñanza e Investigación, atiende a toda la sección sur del país y se encuentra localizado en el eje Neovolcánico, en la zona oriente del Estado de México.

Población que se evaluará

Para la selección de los participantes el muestreo a usar es no probabilístico, como marcan Cantoni, et al. (2009), este tipo de muestreo no depende de la probabilidad de ser elegido, sino en base a las causas relacionadas con la investigación. Adicionalmente, tiene las características de un muestreo por cuotas, la cual consiste en formar estratos de la población sobre la base de ciertas características y en procurar que estén representadas en proporciones semejantes a las que existen en la población. La muestra de este trabajo hizo parte de los pacientes del HRAEI, y fueron escogidos de manera intencional de acuerdo con sus posibilidades de formar parte de este estudio.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mujeres con diagnóstico de CaMa entre 3 de enero al 07 de marzo de 2022 de entre 30 y 80 años, que inicien tratamiento oncológico en HRAEI, y que se puedan contactar después de un periodo de 2 meses iniciado su tratamiento.
- Que acepten participar en el estudio, después de explicarles el mismo para la toma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Contar con un diagnóstico confirmatorio de CaMa, por un periodo mayor a 2 meses.
- Haber recibido alguno de los siguientes tratamientos médicos previo a su llegada al HRAEI: a) Quimioterapia, b) Radioterapia u c) Hormonoterapia.
- Estar imposibilitadas a participar en una entrevista debido a problemas de audición, lenguaje, o el desconocimiento del idioma español.
- Mujeres que no tengan el rango de edad.

Variables

- Variable independiente.
 - Apoyo social percibido.
 - Afecto emocional negativo o positivo
- Variable dependiente.
 - Adaptación a la enfermedad.

Instrumentos de evaluación

- **Consentimiento informado.** (anexo 1) en el cual se les informa las características de la investigación.
- **Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS).** (anexo 2). Autores: Sherbourne y cols (Martínez et al., 2014), en español (versión mexicana). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primero valora apoyo estructural y el resto apoyo funcional. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo, su aplicación es para adultos y se puede aplicar individualmente o en grupo, su tiempo de aplicación es de 10 minutos, el cual se interpreta de forma normalizada para el total de apoyo social percibido en un rango de 19 como puntuación mínima y 95 como máxima. Por su parte, cada una de las subescalas tiene los siguientes rangos de calificación: apoyo emocional-informativo de 8-40, apoyo afectivo 3-15, y apoyo instrumental de 4-15. A mayor puntuación mayor apoyo social percibido La consistencia interna para la puntuación total es $\alpha = 0.97$ y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78). El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20). Utilizando variables recogidas en los estudios MOS, presenta correlación convergente con la soledad ($r = -0,53$ a $-0,69$), el

funcionamiento familiar y matrimonial ($r = 0,38-0,57$) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia. La correlación con el ítem 1 (soporte estructural) es baja. La correlación entre las cuatro subescalas es razonable (6,69 a 0,82).

- **Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC).** Watson et. al. (1988) (citado en Galindo, 2019) en español (versión mexicana). Su finalidad consiste en medir las respuestas cognitivas y conductuales frente a la enfermedad oncológica, se evalúan cinco tipos de afrontamiento en el ambiente hospitalario y ambulatorio, que estén asociadas con diferentes formas de adaptación ante el cáncer enfermedad oncológica de una manera rápida y sencilla (anexo 3). Su aplicación es individual o grupal con un tiempo de aplicación de 20 minutos. Este instrumento fue evaluado en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer por el Servicio de Psicooncología del INCan; mostrando adecuadas características psicométricas replicadas (alfas entre 0,60 y 0,93), alta confiabilidad test retest ($r = 0,75$) y una adecuada validez convergente 0,75 y rangos de sensibilidad entre 0,70 y 0,83, especificidad de 0,75 a 0,85 para identificar los diferentes estilos de afrontamiento.
- **Afecto Positivo y Negativo (PANAS).** Watson, Clark y Tellegen (Moral, 2011) en español (versión mexicana); evalúa las dimensiones de la afectividad, afecto negativo y afecto positivo, su aplicación puede ser individual o en grupo a adultos, con un tiempo de aplicación de 10 minutos, con una validez de Alfa de Cronbach; SAD: 0,88, EAR: 0,86, STAI-R: 0,86, entre otros (ver anexo 4). Afecto Positivo: Se deberá realizar una sumatoria de las puntuaciones obtenidas en los siguientes ítems:

1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19, y el Afecto Negativo: Se deberá realizar una sumatoria de las puntuaciones obtenidas en los siguientes ítems 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20. Su interpretación señala que: Las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia (Moral, 2011). Alta concentración y compromiso placentero también son características de personas con puntajes altos en esta dimensión. Por otro lado, las puntuaciones bajas reflejan tristeza y letargia (Watson, Clark, & Tellegen 1988) (citado en Moral 2011). Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores y ambientes desfavorables (Clark, Watson, & Mineka, 1994) (citado en Mora 2011). Sin embargo, aquellas con puntuaciones bajas en esta dimensión, suelen describir estado de calma y serenidad.

- **Inventario de Ansiedad de Beck.** Galindo et al. (2015). Validado en población oncológica en México (ver anexo 5). Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-5. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la

puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

- **Inventario de Depresión de Beck.** Galindo et al. (2015) validado en población oncológica en México (ver anexo 6). Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. Consta de 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados por medio de un análisis descriptivo y medidas de tendencia central, con la finalidad de brindar los datos relacionales entre las

variables: Apoyo social percibido; Afecto emocional negativo o positivo y la adaptación a la enfermedad así como un análisis inferencial, para determinar las pruebas estadísticas y las pruebas no paramétricas se utilizó la Prueba de rasgos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas. Para el análisis de la medición de los datos recolectados se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 25 (Statistical Package for the Social Sciences SPSS v. 25).

Recolección de datos

Para acceder a la muestra se contactó con el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), en su Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación, a la cual se le entregó un resumen del proyecto de investigación, para poder presentarlo y ser aprobado por el comité de Bioética del Hospital, así como designar a los médicos que coordinaron la investigación en el servicio de oncología y se designó el área donde se abordaron a las pacientes que fue en la Clínica de la Mujer del Hospital en consulta externa, a cargo del jefe de Ginecología Oncológica, durante el periodo para la aplicación del pretest, que fue del mes de enero al mes de marzo del 2022, y para la aplicación de postest del mes de marzo al mes abril del mismo año; una vez identificado a las pacientes que reunían los criterios de inclusión se les invitó a participar en el estudio, posteriormente se les explicó de manera clara en qué consistía su participación y se procedió a solicitarles su aceptación del consentimiento informado y a la aplicación de los instrumentos, al término de los mismos se les comunicó que serían contactadas para agendar una cita dentro del Hospital una vez empezado su tratamiento con la finalidad de aplicar el postest. Cabe precisar que durante el proceso de recolección de muestra, en

algunas ocasiones, se les otorgó atención basada en la terapia de escucha por algunos minutos, dado que algunas pacientes se encontraban bajo el impacto del nuevo diagnóstico de cáncer de mama.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética a través de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca y se llevó a cabo bajo la supervisión del Director del Servicio de Oncología en el área de Clínica de la Mujer bajo la coordinación de Jefe de Ginecología Oncológica. Sin otro fin particular o lucrativo. En todo momento se garantizó la confidencialidad, seguridad y privacidad de los datos de las pacientes.

Capítulo 6 Resultados.

Se identificaron a las participantes durante los meses de enero, febrero y primera semana de marzo del 2022; el total fue de 12 participantes que reunían los criterios de inclusión para realizar la evaluación pre, de las cuales solo 10 se pudieron localizar para la aplicación postest, una vez iniciado su tratamiento oncológico. Finalmente quedó una muestra total de 10 mujeres con una media de 55.10 años (DE= 14.43).

En la Tabla 1, se presentan los datos descriptivos de las 10 participantes que se incluyeron en el análisis final. Las participantes en general no contaban con empleo personal remunerado (60% se dedican a labores del hogar) y tenían bajos ingresos familiares (menores a 1 salario mínimo en el 100% de los casos). En todos los casos el ingreso reportado es de 0-1 persona de aportación en los ingresos familiares, el 50% viven con algún familiar, y el 40% se encuentra casada.

Tabla 1.

Características Sociodemográficas de las Participantes (n=10)

VARIABLES.	Frecuencia.	%
Edad (años).	30-40	10
Mediana (52.50).	41-50	30
	51-70	50
	71-80	10
Estado civil.		
Casada.	4	40

Soltera.	2	20
Unión libre.	1	10
Viuda.	3	30
Ocupación.		
Comercia.	3	30
Empleada.	1	10
Hogar.	6	60
Ingreso familiar.		
4000-6000	5	50
< 4000	5	50
Cuántas personas aportan dinero en casa.		
0-1	10	100

Nota: El rango de edad (mín.=30, máx.=80), solo 10% de las participantes viven solas.

El 50% desconocía a cuánto ascienden sus ingresos mensuales por ser dependientes económicos, el 20% su único ingresos es la pensión que otorga el gobierno federal.

Para responder al primer objetivo específico planteado: Evaluar los tipos de apoyo social percibidos por las pacientes con CaMa, en sus tres dimensiones (emocional, informativo e instrumental), a su llegada al HRAEI y al cabo de 2 meses; se procedió a la calificación del cuestionario MOS.

En la Tabla 2 se resume los datos estadísticos del apoyo social percibido de las pacientes tanto del pretest, y posttest en las dimensiones emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva. Entre las variables relacionadas con el apoyo social, el 90%

de las participantes contaban con una red de apoyo al momento de recibir el diagnóstico, misma que se sostuvo una vez iniciado su tratamiento oncológico. No se obtuvo ningún caso con puntajes de valor igual a 0 y sólo el 10% de la muestra obtuvo puntajes en el pretest por debajo de 57 puntos. Lo que indica que el 90% de las participantes contaban con un apoyo social percibido alto en todas las dimensiones al inicio del diagnóstico, y cabe aclarar que este porcentaje subió al 100% durante el tratamiento.

En cuanto al aspecto estructural del apoyo social, de personas que integran la red de apoyo de las participantes el 40% cuenta de 1-3 personas y el 60% más de 6.

Tabla 2.

Análisis descriptivo del Apoyo Social.

n=10	Valor	Valor	Pre				Post			
	máximo posible	mínimo posible	M	Me	Mo	DE.	M	Me	Mo	DE
Aspecto funcional del Apoyo Social (Escala MOS).										
Suma	95	19	81.10	90	90	20.57	91.60	95	95	5.44
Emocional - informativa	40	8	33.10	36	34	9.02	37.60	40	40	4.99

Instrumental	20	4	17.70	19	20	3.97	19.60	20	20	0.96
Interacción social positiva	20	4	17	19.50	20	4.80	19.40	20	20	1.89
Afectivo	15	3	13.30	15	15	3.65	15	15	15	0.00
Tamaño de la red social de apoyo	6	1	1.90	1.5	1	0.99	2.1	2.50	3	0.99

Nota: M=media; Me= mediana; Mo=moda; DE=desviación estándar: El tamaño de la red social de apoyo es de mínimo de 0-1 (ninguna persona) y el máximo más 6 personas.

De la misma manera, se respondió al segundo objetivo específico: Evaluar el afecto emocional positivo y negativo a su llegada al HRAEI y después de 2 meses de las participantes con CaMa. Además de obtener la puntuación del afecto positivo y negativo también se obtuvieron los parámetros de Balance Emocional e índice de resultados de las participantes, arrojando los siguientes datos estadísticos de cada uno de los afectos, lo cual se integra en la Tabla 3.

Sobre las variables de afecto positivo se observó en general que su presencia es constante de acuerdo con las diferencias de los datos estadísticos comparando el pretest y postest; donde para el pretest el nivel de afecto positivo fue del 90% al calificar como alta (AP alto => 3.29) sin embargo pese a que en el postest el puntaje disminuyó al 70% este porcentaje se califica en el mismo rango alto, lo que significa que las participantes se mantuvieron con un afecto positivo al recibir el diagnóstico y dos meses después de iniciado su tratamiento oncológico, al manifestar sentimientos de confianza, resiliencia y alta concentración.

Con respecto a la variante de afecto negativo miedo y vergüenza el índice de resultado tuvo una diferencia comparativa entre el pretest y postest fue del 0.02%, calificando afecto negativo como alto (AN alto = > 1.99) en el 100% de las participantes tanto en el pretest como para el postest, manifestando sentimientos de tristeza, culpa, y vergüenza lo que representa un factor que se considera perjudicial para su equilibrio emocional mismo que se manifestó al calificar el balance emocional (BE bajo= menor de 1.6) en el 100% de las participantes tanto para el pretest como en el postest.

Tabla 3.

Análisis de Índice de Resultados, Estadísticos del Afecto Positivo y Negativo del Pretest y Postest

n = 10	Pretest			Postest		
	%	M	DE	%	M	DE
F1: Afecto positivo	0.45	4.16	0.60	0.45	4.10	1.12
F2: Afecto negativo – Miedo y vergüenza	0.26	0.24	0.69	0.24	2.36	0.10
F3: Afecto negativo - Ira, disgusto.	0.029	0.30	0.97	0.3	2.80	1.03

F4: Balance Emocional	0.81	1.14	0.29	1.14	0.87	0.34
-----------------------	------	------	------	------	------	------

Nota: Índices con escala 0: a. Índice de positividad = $AP / (AP + AN\ mv + AN\ id)$ b. Índice de Miedo-vergüenza: $M-V = AN\ mv / (AP + AN\ mv + AN\ id)$ c. Índice de ira-disgusto: $I-D = AN\ id / (AP + AN\ mv + AN\ id)$. Nivel Afecto Positivo AP (AP bajo =< 3.28; AP alto => 3.29) Afecto Negativo= AN mv + AN id (AN bajo =< 1.98; AN alto => 1.99), Balance Emocional = AP/AN (Bajo= menor de 1.6, Medio= entre 1.6 y 2.09, Alto= igual o mayor que 2.1) PANAS-20, Hernández-Pozo, et al. (2021).

Para responder al tercer objetivo específico: Evaluar el ajuste mental de las participantes con CaMa a su llegada al HRAEI y después de 2 meses; se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos representados en la Tabla 4.

En la escala Espíritu de Lucha al momento del diagnóstico de cáncer, obteniendo puntuaciones altas del 100%, por encima del punto de corte (47/48), una vez iniciado su tratamiento este porcentaje se redujo al 70% en virtud de que el 30% de las participante calificaron por debajo del mismo punto de corte, sin llegar al mínimo de calificación (mín. 16 máx. 64). Por lo que, se considera que una puntuación alta en esta dimensión indicará que la persona posee estrategias adecuadas de afrontamiento al cáncer, y supondrá una buena adaptación a la enfermedad con ausencia de alteraciones emocionales de consideración.

En relación con la Desesperanza/Desamparo (Indefensión), al momento del diagnóstico el 60% de las participantes calificaron con una puntuación superior al punto de corte (11/12), obteniendo una puntuación > 12 el cual es indicativo de estar afrontando la enfermedad de un modo algo negativo, sin llegar al máximo de calificación (mín. 6 máx. 24), una vez empezado su tratamiento oncológico este porcentaje se incrementó al 70%. Ninguna participante alcanzó el máximo de desesperanza, lo que indica que las pacientes se sienten desbordadas al recibir su tratamiento de quimioterapia, estudios y operaciones para

detener o combatir el cáncer de mama, al interpretar como una amenaza o pérdida, bajo una percepción de pronóstico negativo y con estrategias de afrontamiento algo limitadas.

Para la dimensión de Preocupación Ansiosa, en el pretest, el porcentaje se encontraba en el 30% por encima del punto de corte (26/27) sin embargo en el postest, esta puntuación se elevó al 40%, sin llegar al punto de máximos (mín. 9 máx. 36) lo que representa un modo desadaptativo de interpretar y enfrentar la enfermedad, el cual está muy influenciado por la incertidumbre sobre si el tratamiento funcionará o no.

En la dimensión de Fatalismo Aceptación Estoica al momento del diagnóstico el 70% de las participantes calificaron con puntuación mayor al corte (23/24), si bien este porcentaje se redujo una vez iniciado su tratamiento al 60% donde el 10% alcanzó el máximo (mín. 9 máx. 32) de Fatalismo lo que puede indicar en algunas pacientes una actitud de aceptación pasiva de afrontamiento en relación con el cáncer.

La escala de Negación es un punto que se debe analizar aparte, al tratarse de un solo ítem, (38) el cual solo se considera puntuación alta con la opción 3 o 4 lo que indicaría la presencia de Negación, en la aplicación del pretest el 20% de las participantes respondieron por debajo de este rango, para el postest tuvo un aumento significativo alcanzando el 60%, lo que significaría una negación o minimización al hecho de padecer cáncer por parte de las pacientes, es importante aclarar que también puede representar un enfoque de adaptación a la enfermedad al considerar que hoy en día la ciencia ha avanzado mucho con respecto al cáncer y no verla como una enfermedad terminal por lo que es importante respetar esta actitud, siempre y cuando no implique un abandono del tratamiento curativo.

Tabla 4.

Descripción de los Estilos de Ajuste Mental al Cáncer

n = 10	El punto de corte	Pretest			Postest		
		M	DE	V	M	DE	V
EL	47/48	56.20	4.52	20.40	51.70	7.04	49.57
DD	11/12	13.10	3.35	11.21	12.50	2.51	6.28
PA	26/27	23.80	4.85	23.51	23.00	4.62	21.33
FAE	23/24	26.70	3.40	11.57	25.70	1.16	1.34
N	03/04	1.60	1.075	1.16	2.70	1.1595	1.34

Nota: (EL) Espíritu de Lucha, (DD) Desamparo y desesperanza, (PA) Preocupación Ansiosa, (FAE) Fatalismo Aceptación Estoica, (N) Negación.

Para dar respuesta al cuarto objetivo específico: Analizar la asociación entre el apoyo social percibido y las variables sociodemográficas de las mujeres con CaMa, se procedió a utilizar el procedimiento estadístico descriptivo de tablas cruzadas, donde se cruzó la variables de edad, ocupación y estado civil con el índice global de apoyo social, también interpretado como el apoyo social percibido para determinar si existía una relación entre las variables, el cual reúne a las diferentes dimensiones de esta escala tanto del pretest como del postest.

En relación con las variables sociodemográficas de la edad y la relación que guarda con el índice global de apoyo social, los datos estadísticos descriptivos para tablas cruzadas nos señalan que no existe relación entre la edad de los participantes, dado que tanto las participantes de ≥ 30 como ≤ 80 contaban con un índice de apoyo social alto tanto para el pretest= 90% como para el postest del 100% representados en la Tabla 5.

Tabla 5.

Cruce entre la variable Edad y El Índice Global de Apoyo Social Pretest y Post test

n=10	Pretest Íngas	Postest Íngas
Edad	M	M
30-50	87	92
50-60	84	94
60-80	69	89

Nota: M= media; Índice global de apoyo social (Íngas)= Apoyo social percibido: Rango total de apoyo social percibido mín.=19 95 máx.=95

Con relación de la variable sociodemográfica ocupación y el índice global de apoyo social con los datos estadísticos descriptivos para tablas cruzadas nos señalan que no existe una relación en virtud de que el índice global de apoyo social se mantiene alto y no se incrementa dependiendo a lo que se dediquen las participantes, manteniendo una puntuación alta tanto para el pretest = 90% como para el postest del 100%. Representados en la Tabla 6.

Tabla 6.

Cruce de las variable Ocupación e Índice Global de Apoyo Social Pretest y Postest

n=10	Pretest Íngas	Postest Íngas
Ocupación	M	M
Comerciante	88	91

Empleada	90	95
Hogar	76	91

Nota: M= media; rango total de apoyo social percibido mín.=19 95 máx.=95

En relación con la variable sociodemográfica, de estado civil y el índice global de apoyo social, con los datos estadísticos descriptivos para tablas cruzadas nos señalan que no existe una relación en virtud de que solo el 10% de las participantes calificó con un índice global de apoyo social = 20 puntos para el pretest = 90% pero este porcentaje no se mantuvo en el posttest 100%. Representados en la Tabla 7.

Tabla 7.

Cruce de variables Estado Civil y el Índice Global de Apoyo Social

n=10	Pretest Íngas	Postest Íngas
Ocupación	M	M
Casada.	92	73
Soltera.	87	95
Unión I	64	91
Viuda.	69	89

Nota: M= media; rango total de apoyo social percibido mín.=19 95 máx.=95

Lo que significa que las variables sociodemográficas no guardan relación significativa con el apoyo social percibido por parte de las mujeres con CaMa.

Para responder al quinto objetivo específico: Analizar si existe relación entre el apoyo percibido con la adaptación al tratamiento al inicio y después de dos meses de iniciado el mismo en las participantes con CaMa. se procedió a comparar la calificación

obtenida de los de los valores de mínimo, medio y máximo de las variables nivel de espíritu de lucha, nivel de desamparo y desesperanza, nivel de preocupación ansiosa, nivel de fatalismo aceptación estoica y nivel de negación que integran el ajuste mental al cáncer o adaptación a la enfermedad con el índice global de apoyo social percibido del pretest y postes, podemos determinar que si bien el Íngas aumentó en un 10% al nivel medio entre en diagnóstico y el inicio del tratamiento, el NEL disminuyó en un 20% lo que significa que las participantes tenían mejores afirmaciones de aceptación y reto en el diagnóstico que en el tratamiento disminuyendo su actitud optimista respecto al futuro, con respecto al NDD este también aumentó en un 10% entre los dos tiempos lo que significa que estas pacientes se sienten desbordadas con ausencia de control, una vez empezado su tratamiento en comparación con el diagnóstico, la misma situación se presenta en la variable NPA con un incremento del 10% y en la variable NFA con un incremento del 10% esto en virtud de que estas dos variables están relacionadas con que se percibe sin posibilidad ejercer ningún control sobre el cáncer, para la variable de negación el incremento fue mayor con un 40% más lo que significa que aunque las participantes perciban mayor nivel de apoyo social su adaptación al enfermedad tiende a disminuir representados en la Tabla 8.

Tabla 8.

Comparación de niveles entre la variable Apoyo Social Percibido y Adaptación a la Enfermedad

	Pretest						Postest					
n=10	Íngas	NEL	NDD	NPA	NFAE	NN	Íngas	NEL	NDD	NPA	NFAE	NN
Mínimo	1	-	4	-	3	8			3	-	3	4

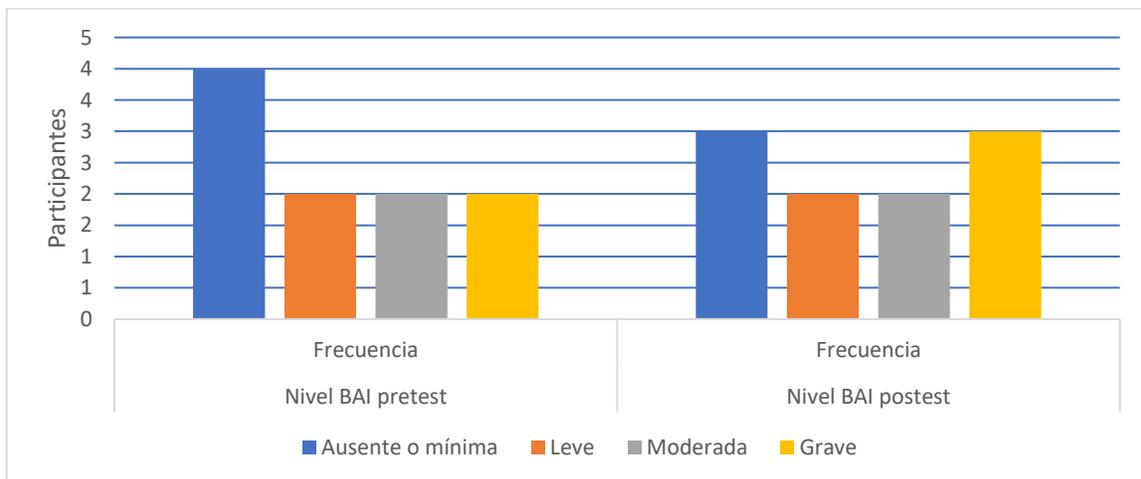
		-	-									
Medio	1	-	6	7	7	-	2	3	7	6	6	-
Máximo	8	10	-	3	-	2	8	7	-	4	1	6
total	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Nota: (NEL) Nivel Espíritu de Lucha, (NDD) Nivel Desamparo y desesperanza, (NPA) Nivel Preocupación Ansiosa, (NFAE) Nivel Fatalismo Aceptación Estoica, (NN) Nivel Negación

Se comparó el nivel de ansiedad que las participantes presentaban al inicio del diagnóstico y al cabo de dos meses iniciado su tratamiento oncológico, resultando que el 40% de las participantes se encontraba sin ansiedad, el 20% mostró ansiedad leve, el 20% ansiedad moderada y el 20% ansiedad grave al momento de recibir su diagnóstico. Una vez iniciado el proceso de tratamiento, el 30% calificó sin ansiedad, los parámetros de ansiedad leve y moderada se mantuvieron en el 20% respectivamente y el 10% de las mujeres que se encontraba sin ansiedad al momento del diagnóstico paso a ansiedad una vez iniciado su tratamiento oncológico (Figura 1).

Figura 1.

Comparación entre la variable nivel de Ansiedad en el prest y post test

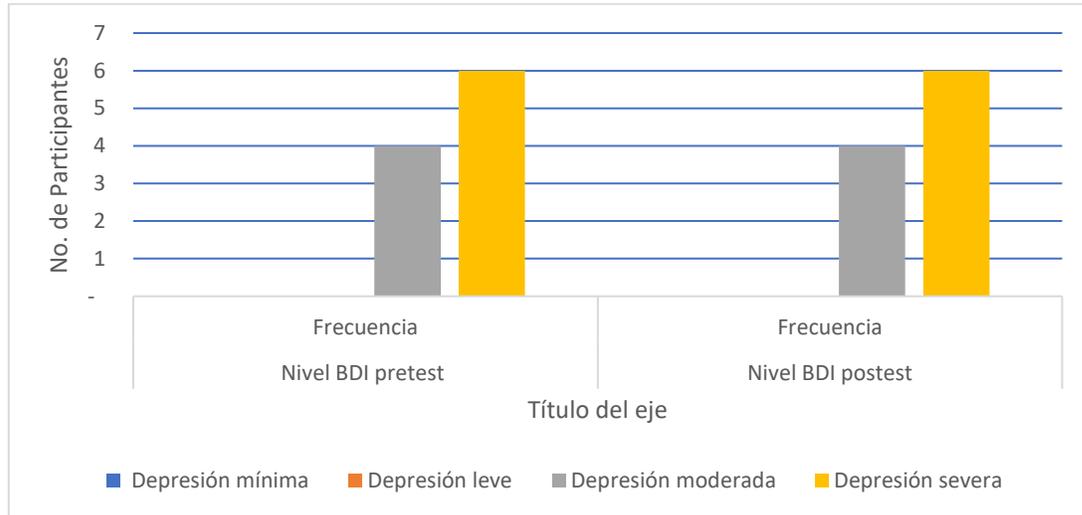


Nota: Rango de puntuación (Ausente o mínima =0-5; Leve =6-15; Moderada =16-30; Grave =31-63)

Al analizar el nivel de depresión de las participantes al inicio del diagnóstico y al cabo de dos meses iniciado su tratamiento, resultó que 100% de las participantes presentaron niveles de depresión en el nivel de moderado a severa tanto para el pretest como para el posttest de, (Figura 2).

Figura 2.

Comparación entre la variable nivel de Depresión en el prest y post test



Nota: Rango de Depresión (No depresión =0-9; Depresión leve =10-18; Depresión moderada=19-29; Depresión grave = o >30 puntos).

Esto indica que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de cáncer son momentos que pueden contribuir en períodos de ansiedad y depresión al manifestar agitación física, social y psicológica, bajo la incertidumbre sobre cómo reaccionará el cuerpo a los tratamientos, la dificultad para mantener la esperanza, o el miedo a la muerte.

Para la comprobación de hipótesis, se aplicó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon porque los datos no cumplen con una distribución normal, para identificar las

diferencias entre las mediciones pretest y posttest de las puntuaciones totales de las escalas Afecto positivo (AP), la variable Apoyo social percibido (ASP) y la adaptación a la enfermedad.

Para la hipótesis (H_1) las mujeres con diagnóstico de CaMa que tienen mayor afecto positivo tienden a una mejor adaptación a la enfermedad, se tomó la mediana de las diferencias entre Índice positividad y Puntaje de Espíritu de lucha; Puntaje Desamparo Desesperanza; Puntaje de Preocupación Ansiosa; Puntaje de fatalismo Aceptación Estoica y Puntaje de Negación, tanto para el pretest y posttest; una vez aplicada la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas resultaron que fueron igual a 0, donde $p < .05$ lo que da como decisión el rechazar la hipótesis nula.

Para la hipótesis (H_2) las mujeres con diagnóstico confirmatoria de CaMa, que cuentan con apoyo social recibido tienden a una mejor adaptación a la enfermedad, se tomó el Índice global de apoyo social Puntaje de Espíritu de lucha; Puntaje Desamparo Desesperanza; Puntaje de Preocupación Ansiosa; Puntaje de fatalismo Aceptación Estoica y Puntaje de Negación, tanto para el pretest y posttest una vez aplicada la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas resultaron que fueron igual a 0, donde $p < .05$ lo que da como decisión el rechazar la hipótesis nula.

Capítulo 7 Discusión y Conclusión.

Discusión

El objetivo general de este estudio fue evaluar el apoyo social percibido, así como el afecto emocional positivo y negativo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), para conocer la relación de adaptación a la enfermedad con las emociones positivas-negativas y con el apoyo social percibido, evaluando al inicio y después de 2 meses de iniciado el mismo.

En general las 10 mujeres de esta muestra reportaron una alta percepción de apoyo social en las dimensiones, emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva; tanto en el momento del diagnóstico como una vez iniciado su tratamiento oncológico, al contar con personas muy cercanas que los acompañaron durante el proceso; si bien, el tamaño de la red social no mostró influir para que las participantes se sintieran acompañadas, el saber que tanto la familia como los profesionales de la salud estaban disponibles, daba una sensación de seguridad, donde el principal apoyo social que percibieron fue el familiar, tanto de la familia nuclear como de familia extensa, en el que los nietos jugaban un importante papel en las participantes mayores de 60 años, mostrando que es la calidad y no la cantidad de las redes sociales las que servirán de apoyo al atravesar por este tipo de enfermedad esto está relacionado con lo reportado en estudios anteriores (Azcárate et al., 2017; Martínez 2018; y Valdivieso 2021) quienes también reportaron que entre el 75% al 95% de las pacientes encontraron apoyo social en el núcleo familiar, estos estudios sugieren que el vivir con alguien que les brinde apoyo emocional puede influir en un pronóstico favorable durante el tratamiento del cáncer de mama.

Con respecto a si este apoyo social percibido influye en la adaptación a la enfermedad, se encontró que las participantes al recibir el diagnóstico se encontraban con puntuaciones altas en espíritu de lucha, lo que nos hace pensar que las personas poseían estrategias adecuadas de afrontamiento ante la noticia de la enfermedad, no obstante, también reportaron puntuaciones altas en Desesperanza/Desamparo, Preocupación Ansiosa, Fatalismo, Aceptación Estoica, y Negación, dimensiones que en su conjunto conforman la manera en que la persona se adaptará a su nueva condición; estos niveles se mantuvieron una vez comenzado el tratamiento oncológico, lo que nos indica que aunque estas mujeres percibían el apoyo social de familiares y amigos como tranquilidad, comodidad y de ayuda con el problema, pasan por una serie de ajustes de roles y conflictos emocionales que les afectan de una manera directa en su ajuste mental; otra forma de interpretar estos resultados, es la que propone Soriano (2002) que es considerar dos tipos de repuestas, las pasivas que representan un peor ajuste mental y que agruparían las estrategias de fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza, y las llamadas activas que muestran un mejor ajuste ante la enfermedad y que estarán formadas por las estrategias de espíritu de lucha y evitación/negación, en el cual la negación es considerada como aportación de un poco de paz mental al inicio del diagnóstico, y el espíritu de lucha, como una evaluación sobre la creencia de su capacidad y habilidades personales y sociales, que le permitan ajustarse y adaptarse a la enfermedad. Es bajo este enfoque que las participantes calificaron parámetros altos de espíritu de lucha tanto en el pre como el postest. En un intento de luchar con sus problemas psicosociales y de salud relacionados con el diagnóstico y empoderarse para el proceso del tratamiento, estas mujeres adoptaron varias estrategias de afrontamiento, como fue el religioso/espiritual, replanteamientos positivos, planificar sus actividades, organizar sus actividades entre otros. En este mismo orden de ideas fue el

estudio presentado por Boatemaa et al. (2020) afirman que estas estrategias tienen una influencia positiva en la adaptación de las mujeres con CaMa, al influir positivamente en el bienestar psicológico y su comportamiento. En otro estudio menos reciente, se determinó que el espíritu de lucha es un predictor inverso de la ansiedad/depresión el cual, trabajaría como un protector ante la enfermedad (Alcalá, et al. 2012).

Sobre las variables de afecto positivo-negativo que presentaron las mujeres con cáncer en las dos etapas que se evaluaron (pretest-postest) si bien podemos recapitular lo expuesto en capítulos anteriores que esta enfermedad afecta negativamente la vida social de la persona, quebrantando tanto en su cuerpo, mente, espíritu y entorno; en el caso de las mujeres de esta muestra, el afecto positivo se mantuvo en parámetros altos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, lo que indica que las participantes manifiestan sentimientos de confianza, resiliencia y alta concentración para comprender este proceso al que se enfrentan, quizás esto puede deberse a que enfrentan diversas situaciones, son personas con muy bajos recursos económicos y que han enfrentado varios problemas familiares, hijos en la cárcel o hijas violentadas, padres enfermos entre otros, (de acuerdo a su historia clínica inicial obtenida por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca).

Aunque como se ha dicho estas pacientes mostraron un afecto positivo alto que les servirá de soporte en este proceso, en cuanto al afecto negativo manifestaron sentimientos de tristeza, culpa, y vergüenza, en parámetros también altos, lo que indica que efectivamente como lo mencionan Montiel et al., (2016) son dos dimensiones independientes entre sí y que el tener puntuaciones altas en una, no necesariamente indicaría bajas puntuaciones en la otra, en donde el afecto negativo estaría relacionado con altos niveles de estrés ante el afrontamiento de la pérdida de la salud, mientras que la del

afecto positivo estaría relacionados con un apoyo social percibido sólido por parte de su entorno, el mantener altas estas dos dimensiones repercute directamente en el nivel de balance emocional el cual califico como bajo en todas las participantes.

El trabajo de aceptación frente al diagnóstico que se les informaba las colocaba vulnerables a diferentes estados emocionales negativos como ira, tristeza, melancolía y culpabilidad donde el buscar regular sus estados emocionales les superaba; en este orden de ideas, son los resultados encontrados por Longares y Beleña (2022), quienes indican que los pacientes que logran dar un sentido negativo a la enfermedad se caracterizan por una mayor evitación cognitiva y que los pacientes que logran cambios positivos en sus relaciones personales, tendrán una mejor forma de afrontar la enfermedad con un espíritu de lucha alto, en contraste con aquellas pacientes que experimentan cambios en sentido negativo afrontan su enfermedad con mayor desamparo/desesperanza.

Bajo este panorama es relevante la aportación que concluye la investigación de Bellver et al., (2009) en la cual comenta, que resulta importante una primera intervención psicológica para el mantenimiento del estado del afecto positivo/negativo de las pacientes el cual repercutirá en un mayor balance emocional.

Por otro lado, en este trabajo se indagó si las emociones positivas y negativas guardaban alguna relación con los niveles asociados a la ansiedad y depresión, lo cual resultó que el total de las participantes presentaron niveles de ansiedad/depresión de moderado a severo, (pretest como para el postest) lo que indica que una alta afectividad negativa y un bajo balance emocional, se relacionaron con la presencia y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa de las participantes. Estos mismos resultados fueron encontrados en el estudio realizado por Robles et al. (2009) en donde la sintomatología ansiosa/depresiva estaba relacionadas con el afecto negativo. Así como el trabajo de Muñoz

et al. (2022) ante este panorama es que Lee et al. (2018) sugieren que las intervenciones psicológicas para abordar la angustia emocional desde el momento en que se diagnostica a las personas con cáncer se beneficiarían al incluir componentes que buscan mejorar el bienestar emocional y fortalecer la resiliencia, autoestima, y afrontamiento, centrada en la adaptación a la enfermedad. Es básico resaltar que en estas pacientes su nivel de ansiedad/depresión tiendera a subir conforme progresa la enfermedad, tal como lo remarca Howell et al. (2022).

En relación con las variables sociodemográficas de la edad, ocupación y estado civil y la relación que guarda con el índice global de apoyo social, los datos estadísticos descriptivos señalan que no existe relación entre estas variables, en el estudio presentado por Mamani et al. (2021) tampoco encontró relación con el apoyo social, y las variables, edad, estado civil, diagnóstico clínico, estadio clínico y tipo de tratamiento. Otra investigación que midió las variables sociodemográficas de la edad, el estado civil y la situación laboral asociadas con las estrategias de afrontamiento o ajuste mental a la enfermedad adoptadas por las mujeres con CaMa fue el realizado por Boatemaa et al., (2020) en el cual determinó que la edad y el estado civil no influye el afrontamiento activo, pero que podría estar asociado con un afrontamiento menos evitativo, pero la ocupación si tiene una asociación positiva con las estrategias de afrontamiento activas.

Conclusión.

Resulta claro que no todas las personas reaccionan de la misma manera ante una enfermedad, por lo que resulta complejo predecir la manera en que una persona enfrentará el diagnóstico de cáncer, en este proceso podrían influir las características personales,

ambientales y sociales, así como el apoyo social con el que cuenta, o si realizan o no conductas saludables; estos factores personales favorecerán la adopción de distintas estrategias de afrontamiento que propicien un mejor ajuste a la enfermedad e incluso un mejor pronóstico. Además, estarán en juego los niveles de compromiso que la persona tenga con el cuidado de su salud a partir de este momento para adoptar conductas positivas que la lleven a una adaptación de la enfermedad y un mejor manejo de los síntomas.

Como se comentó anteriormente, la razón exacta por la que una persona desarrolla cáncer generalmente no está clara, son demasiados los factores de riesgo, lo que, sí se conoce, es las personas que han demostrado un afecto emocional positivo sumando aun apoyo percibido han presentado una disminución en la morbilidad y la mortalidad en el CaMa; por lo que entrar en este proceso con un apoyo emocional de calidad, más que de cantidad forman parte integral de su aceptación al tratamiento oncológico.

En la presente investigación, las participantes manifestaron a su manera el uso de estilos de afrontamiento centrados en el problema buscando estrategias de apoyo social y planificación, asociado a creencias positivas de control internas y externas, algunas utilizando creencias de espiritualidad/religiosidad y una adecuada percepción de apoyo social de su entorno. Las participantes de este estudio reconocieron por adelante una larga batalla por recorrer las cuales manifestaron una primera reacción natural, que es el miedo, y un desajuste emocional conscientes de que este diagnóstico desorganizará todos los aspectos de la vida, pero algunas al comienzo de su tratamiento su enfoque ante la enfermedad cambió, sobre todo al saber que las cuestiones económicas no representarían un problema para su familia, manifestando un espíritu de lucha superior.

Para tal efecto, se recomendaría contar con una muestra más amplia para poder realizar comparaciones entre el nivel de estadio de la enfermedad y los estilos de ajuste. Asimismo, sería interesante desarrollar un estudio longitudinal superior a un año, que permita la evaluación de la enfermedad en más distintos momentos y conocer sus variaciones, esto en virtud de que se trata de una enfermedad de larga duración con una curva de deterioro físico, social y mental, muy notoria conforme transcurren los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. De igual manera, se recomendaría mayor investigación sobre el ajuste mental al cáncer y el apoyo social en pacientes con otros tipos de cáncer de la mujer como resultado de los efectos secundarios predominantes y que están relacionados a los tratamientos hormonales del cáncer de mama, como el cáncer de endometrio (ACS 2021).

Limitaciones

Como parte de las limitaciones que se encontraron en este estudio fueron el relacionado con el tiempo de investigación, por tratarse de un trabajo de manuscrito recepcional el tiempo fue limitado a tres meses, esto no permitió una primera intervención con las participantes, las cuales mostraban mucha disposición en diferentes momentos a expresar sus dudas, miedos y preocupaciones, así como compartir su historia de vida, por ejemplo una vez terminado la aplicación de los instrumentos preguntaban en donde podrían sacar una cita para la atención psicológica, o algunas durante el tratamiento pedían informes para ser atendidas en la clínica del dolor, al considerar que el exceso de trabajo de los oncólogos no les permitía exponer con tiempo sus dudas, o molestias.

Otra limitante resultó ser los Inventarios de Ansiedad/depresión de Beck que se utilizaron en este estudio, en virtud de que la mayoría de los ítem, evalúan más síntomas físicos similares a los efectos secundarios de los tratamientos, dejando a un lado la parte que realmente interesaba evaluar que era la emocional. En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, en su área de clínica del dolor en algunos casos para evaluar la ansiedad y depresión es aplicado el instrumento de HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, de Zigmond y Snaith, 1983), validada y estandarizada con mujeres mexicanas con cáncer de mama, (Galindo et al., 2015) el cual solo es utilizado de forma indicativa; por lo que no forma parte del expediente clínico. El cual les permite evaluar si los síntomas físicos están más relacionados con su estado emocional que con los efectos secundarios. Sin duda considero que este trabajo puede permitirme iniciar un estudio más profundo para un posgrado/Maestría/Doctorado en entornos de psicooncología clínica.

Registro Anecdótico en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

El poder realizar prácticas profesionales intrahospitalarias en un hospital de tercer nivel, aporta una instancia de aprendizaje significativo como parte de la formación de psicólogo de la salud, al conjugar la parte del aprendizaje teórico con la práctica, donde se aprende a identificar no solo las emociones de los pacientes sino también las propias, es bajo este enfoque que quiero compartir mi registro Anecdótico en temas de salud pública.

A la llegada al HRAEI: Se entregó un Protocolo de Investigación Empírica en la Subdirección de Planeación, Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, (HRAEI) detallando los puntos de alcance y actividades a

realizar. El hospital asignó, a través del DR. Víctor O. Cortez Moreno, responsable de la Unidad de Enseñanza y Posgrado, para la recolección de la muestra, el área de consulta externa en Clínica de la Mujer, donde se atienden consultas ginecológicas y gineco-oncológicas, así como el cáncer en el embarazo, bajo la supervisión de los Doctores, Dr. Raúl Guzmán Trigueros y el Dr. Leopoldo E. Gatica dentro del Hospital y bajo supervisión vía telefónica, la Dra. Lorena Alejandra Flores Plata, Directora del proyecto; en un horario de lunes a viernes de 8 a 14 hrs. Esta dinámica; me permitió estar en contacto directo con diversas patologías clínicas en el transcurso de cuatro meses.

Posteriormente, en el aspecto administrativo, se me designó un número de control personal para registrar la asistencia digitalmente; así como una credencial, la cual debería de portar en lugar visible en todo momento para poder tener acceso al hospital junto con el uniforme reglamentario consistente en bata blanca que me identifica como estudiante de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México; así mismo, se me impartieron los cursos de Inducción que comprendía los siguientes tópicos:

- Historia del hospital: Es un hospital creado bajo proyecto prestador de servicios (PPS) a 25 años. Fecha de inicio de funciones (29-03-2012), todos los recursos materiales son administrados por El Inversionista Proveedor; los recursos humanos son administrados por la Secretaría de Salud.
- Bioética: Decisiones en busca del bien del paciente, no maleficencia, justicia y autónoma.

- Manejo de pacientes: Disminución de infecciones entre pacientes por medio de lavado de manos, comunicación efectiva, identificación concreta del paciente, procedimiento seguro, prevención de caídas, cuasi fallas.
- Códigos de seguridad dentro del hospital: De acuerdo con el sistema de activación de códigos institucionales en caso de emergencias y desastres, los cuales se vocean dentro del hospital de acuerdo con el color del código.
- Investigaciones y publicaciones del HRAEI: Avances en conservación de células madre, Investigaciones sobre Diagnóstico Molecular en COVID; 29 Artículos, Nivel I– II: 16-29 Nivel III-VII: 13; Promedio de productos por Investigador 4.75; Investigadores Capítulos 3 de libros.

Así mismo, se me solicitó firmar un consentimiento informado sobre la cobertura de mi seguridad social, así como la cartilla de vacunación y cuadro completo de COVID-19 y mi consentimiento para la aplicación de la cuarta dosis, por tratarse de personal en alto riesgo de contagio, la cual me fue aplicada en el hospital.

Durante la estancia en el HRAEI: Desde un inicio se me consideró como parte del equipo médico de prácticas profesionales, lo que me permitió conocer diversas áreas del Hospital a las que el servicio de gineco-oncología era requerido para consultas, tales como Urgencias, Área de Hospitalización, Clínica del Dolor y Cuidados paliativos, donde el Dr. Gatica explicaba el diagnóstico, junto con el procedimiento clínico a seguir y los posibles resultados esperados de forma detallada, cómo es que en todos los casos debe solicitar mastografía y biopsia confirmatoria por parte del HRAEI, tomografía en caso de sospecha de metástasis. *Como el caso de una paciente femenina de 59 años con posible cáncer de mama que ingresó por urgencias con dolor crítico e inflamación en seno derecho y tórax;*

en donde el DR. Gatica le realizó una biopsia de urgencias, la cual resultó negativa para tumor maligno, pidiendo que fuera internada para realizarle una segunda biopsia y una tomografía, ya que según su experiencia su tumor no tenía las características de benigno, aunado a esto se refirió a consulta en Clínica del Dolor, una vez internada se me pidió que fuera a conversar con ella y explorar la razón de su estado de negación al tratamiento, porque el equipo de psicología médica la atendería hasta dentro de 4 días, siendo las cuestiones económicas lo que provocaba su decisión y su diagnóstico fue confirmatorio para cáncer de mama y pulmón.

Patologías observadas: Cáncer de mama en diversos estadios, Diferentes tipos de cáncer de mama, Detección de tumores benignos en mama, Doble primario de CaMa, Recidiva de CaMa, Cáncer cervicouterino con COVID-19, Cáncer de ovarios y Matriz, Cáncer de endometrio y cuello uterino, Cáncer en el embarazo, Evaluaciones para cirugías reconstructivas, Diagnósticos de cirugía de extracción de matriz a mujeres jóvenes, seguimiento en tratamiento y/o terminación oncológico, Diagnóstico de cáncer por metástasis terminal.

Anécdotas relevantes durante la estancia en consulta externa en Clínica de la Mujer.

Caso 1

Paciente de 32 años con aspecto de angustia y extrema preocupación, la cual ya presentaba rasgos secundarios por las quimios recibidas (debilidad muscular, caída de cabello, tristeza), fue enviada de unidad de apoyo de quimioterapia para su evaluación en la Clínica de la Mujer al no poder proporcionarle su tratamiento oncológico por presentar

llagas expuestas en el seno derecho en estadio IV, la cual una vez evaluada fue redirigida a Clínica de Curaciones, y Clínica del Dolor.

Mi vivencia.

En ese momento, se me explicó que mientras estén expuestas las llagas, no es posible continuar con su tratamiento, también se me comentó que las llagas se pueden deber al mismo tratamiento de quimio. La paciente presentaba mucho dolor, tristeza y angustia, sobre todo preocupación por la incertidumbre en el retraso de su tratamiento. El Dr. Gatica comentó que *“es indispensable contar con una psicooncóloga en clínica de la mujer que pueda intervenir en estos casos”*.

Caso 2

Paciente de 14 años de edad, que presentó un cáncer de mama inflamatorio en ambas mamas, con anterioridad se le había realizado una mastectomía radical de ambos senos y posteriormente se le insertaron unos expansores para extender la piel poco a poco a través de la inyección de agua salina, en esta consulta se determinó que ya contaba con el espacio suficiente para poder realizar la operación de reconstrucción.

Mi vivencia.

En el caso, pude observar que esta paciente se encontraba muy emocionada y contenta al considerar la reconstrucción de senos como el término de su enfermedad a tan corta edad, el DR. Gatica comentó que *“esta paciente no recibió apoyo psicológico en ningún momento, por lo que no podemos determinar cómo afectó este proceso en su estructura cognitiva”*.

Caso 3

Mujer de 30 años que detectó “una bolita pequeña” en el seno derecho; después de examinarla y verificar los resultados de su biopsia, se diagnosticó que se trataba de un tumor benigno sin malignidad. Por tanto, se le informa a la paciente que en esos casos no se aplica ningún tratamiento, solo se da vigilancia, porque la manipulación del mismo puede provocar que se convierta en un tumor maligno, la paciente mostró angustia al saber que no sería operada y manifestó incertidumbre sobre el diagnóstico recibido, al no lograr entender la diferencia aun brindándole el apoyo informativo.

Mi vivencia.

De acuerdo con, lo comentando por el Dr. Gatica este caso, se llegó a la conclusión que estas pacientes deben de tener un apoyo psicooncológico que les permita una reconstrucción cognitiva sobre sus creencias, en virtud de que según su experiencia esta paciente buscará una segunda o tercera opinión médica, lo que podría provocar en ella aumentar su angustia la cual puede desatar episodios de ansiedad y depresión.

Caso 4

Paciente de 45 años que ya había terminado su tratamiento oncológico de cáncer de mama en el seno izquierdo y acudía a consulta para conocer los resultados de sus estudios de vigilancia; lamentablemente se le informó que en el otro seno presentaba un cáncer nuevo explicándole que no tenía relación con el cáncer que anteriormente había presentado, lo que se conoce como “doble primario”.

Mi vivencia.

Durante mi estancia pude observar que la paciente manifestó por un momento un desequilibrio emocional manifestando un estado de angustia que la superaba tras recibir el nuevo diagnóstico, en este caso se me solicitó aplicar una intervención basada en la escucha activa por algunos minutos para tratar de calmarla un poco. Ella me comentó *“en el tratamiento la pasé muy mal me sentía superada y ahora nuevamente esto no sé cómo lo voy a afrontar, ya no me quedan fuerzas”*. El Dr. Gatica me hizo saber que en ocasiones la falta de tiempo entre pacientes no le permite poder escucharlas como él quisiera.

Caso 5

Paciente de 35 años que presentaba Recidiva de CaMa, para evaluar el tratamiento oncológico a seguir, para esta paciente el trasladarse desde Chiapas representaba una enorme contrariedad, presentaba tristeza severa, sin espíritu de lucha y negatividad al sentirse derrotada por el cáncer.

Mi vivencia.

Con ella pude observar, que contaba con el teléfono personal del Dr. Gatica, quien brindaba apoyo informacional en caso de necesitarlo, el cual era muy a menudo, se me solicitó por parte del Doctor que platicara unos minutos con esta paciente, porque él necesitaba entender su estado emocional para plantearle un nuevo tratamiento por la recidiva. Ella me comentó *“el cáncer me dio en el embarazo de mi último hijo, tenía que venir con niño chiquito a las quimios, llevo dos años con el tratamiento y resulta que no*

funciona es devastador, si no fuera por mis hijos ya me hubiera dejado morir.” Solo la escuche.

Caso 6

Paciente de 27 años que dio positivo a COVID 19 y presentaba dolor intenso, después de varios estudios su diagnóstico fue cáncer cérvico-uterino en estadio IV, etapa avanzada; esta paciente estuvo en el hospital 20 días, en los cuales fue operada y atendida por Cuidados Paliativos en conjunto con varias especialidades, entre ellas psicología al presentar rasgos psicóticos. Lamentablemente la paciente falleció.

Mi vivencia.

Me permitió observar cómo es el procedimiento médico y psicológico para este tipo de casos, también la labor que realiza trabajo social, la forma de coordinación entre ellos; el apoyo que se le brindó a la familia tras el deceso fue sorprendente. El Dr. Gatica fue quien de forma muy profesional comunicó a la madre de la paciente la defunción, la cual presentó una crisis emocional dentro del consultorio. El Dr. Gatica le otorgó todo el tiempo que ella necesitó sin interrumpirla para tranquilizarse, a pesar de que amenazaba con demandar al hospital, esto me permitió conocer cómo se identifica una emoción, se válida para poder contenerla y regresar a la persona a su estado original, fue todo un aprendizaje.

Otros comentarios

En esos meses, fueron alrededor de 20 casos que pude observar en los cuales se debía dar la noticia de que había un preceso de cáncer en diferentes estadios, tanto a paciente como a los familiares, incluyendo a niños pequeños, donde se les explica el grado de avance de la enfermedad, los posibles tratamientos y los efectos secundarios, incluyendo

a aquellos donde ya no era posible ofrecer ningún tratamiento, por encontrarse en etapa terminal, así mismo la forma de proceder para que las paciente se encuentren lo más cómodas posible por medio de la intervención de Cuidados Paliativos y atención psicológica. Por último, también me fue posible asistir como oyente a una reunión del Comité de Bioética donde se discutió el caso de un niño de 11 años con diferentes patologías donde intervinieron en un debate interdisciplinario sobre la retirada de procedimientos médicos.

Mi estancia en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca fue de mucho aprendizaje, por lo que solo puedo manifestar mi gratitud.

Referencias

- Aubá, E. (2007). Una baja cohesión familiar incide en los pacientes con cáncer de mama. *Rev. Avances Científicos*. (20) 2; p16-17 Recuperado de file.
https://www.cun.es/dam/cun/revistanoticiasCUN/resumenes/60/16_17_cancer_mama.pdf
- Acosta Z. E., López R. C., Martínez C. M. E. & Zapata V. R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 16(2), 139-148. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n2/2007-7459-hs-16-02-00139.pdf>
- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Rev. Para saber de...*,(19)1 118-123.
https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
- Alonso Y., Fontanil Y. & Ezma E. (enero 2016). Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Rev. anales de psicología*, (32) 1, 32-38
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.191961>
- Alcalá, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., y Ozkan, M. (2012). Association of copingstyle, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treatedfor breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 940–947
 doi.org/10.1093/jjco/hys119 <https://academic.oup.com/jjco/article/42/10/940/814216>
- American Society of Clinical Oncology (2015). *El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el International Union for Cancer Control (UICC) Cáncer de mama: Estadios*.
<https://www.cancer.org/es/buscar.html?q=sistema+TNM>

- American Society of Clinical Oncology. (2021) <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-del-cancer-de-seno-que-usted-no-puede-cambiar.html>
- American Society of Clinical Oncology. (2019). *Breast Cancer in Men: Diagnosis* <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-del-cancer-de-seno-que-usted-no-puede-cambiar.html>
- American Cancer Society (2012). Pautas de la American Cancer Society sobre nutrición y actividad física para la prevención del cáncer. *A Cancer Journal for Clinicians*. (62) 1, 30-67. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20140/full>
- APA (2014). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: Trastornos de adaptación
Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5; American Psychiatric Association:
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, S.V. & Villareal, P. (2011). Oncología: cáncer de mama. *Cancerología: Instituto Nacional de Cancerología*. (6), 77 – 86
<http://www.incanmexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
- Azcarate G. E., Valle M. U., Villaseñor H. R., & Gómez P. A. (2017) Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México, UNAM, México. (24) 4, 169-172. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300585>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI Editores.
- Bayo, J., García M. J., Lluch H. A. & Maganto V. V. (2007). Cáncer de mama. Cuestiones más comunes. Madrid, *Entheos* <http://fecma.vinagrero.es/documentos/preguntas.pdf>
- Bellver A., Sánchez-C J., Santaballa A., Munárriz B., Pérez F. J. A. & Montalar J. (2009) Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de

Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Rev. Psicooncología*, 6(1), 139 - 154.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120139A>

Brennan, J. (2001), Adaptación al cáncer: ¿enfrentamiento o transición personal? *Psicooncología*, 10(1), 1-18. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T)

Boatema B. R., Cobbold B., Opoku B. E, Poma A. C., & Boateng D. (2020). Desafíos, estrategias de afrontamiento y apoyo social entre pacientes con cáncer de mama en Ghana, *Avances en salud pública*, Academic Editor. (20) 1-11 ID 4817932 <https://doi.org/10.1155/2020/4817932>

Buendía, J. (1999). *Familia y psicología de la salud*. Editorial Pirámide.

Cantoni, R. N. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales*, 7(2), 1-12 https://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v7_n2_06.htm

Carver, CS & Antoni, M. H. (2004). Encontrar beneficio en el cáncer de mama durante el año posterior al diagnóstico predice un mejor ajuste de 5 a 8 años después del diagnóstico. *Psicología de la salud*, 23 (6), 595. <https://psycnet.apa.org/record/2004-20316-005>

Chajès, V. & Romieu, I. (2014). Nutrición y cáncer de mama. *Maturitas*, 77 (1), 7-11. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512213003149>

Cheng, H., Sit, J. W., Chan, C., So, W., Chow, Choi, K., & Cheng, K. (2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 788-796 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S146238891300032X>

Cruzado, J. (2013). Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. Editorial Pirámide.

<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PSICOONCOLOGIA447452.pdf>

Congreso Internacional de Avances en Medicina del Hospital de Guadalajara CIAM. (2015).

[https://www.bing.com/videos/search?q=Congreso+Internacional+de+Avances+en+Medicina+del+Hospital+de+Guadalajara+CIAM.+\(2015\)&FORM=VDRESM](https://www.bing.com/videos/search?q=Congreso+Internacional+de+Avances+en+Medicina+del+Hospital+de+Guadalajara+CIAM.+(2015)&FORM=VDRESM)

Dakof, G. A. y Taylor, S. E. (1990). Percepciones de las víctimas sobre el apoyo social: ¿Qué es útil de quién? *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 58 (1), 80–89.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.80>

Dinapoli, L., Colloca, G., & Di Capua, B. (2021). Aspectos psicológicos a considerar en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Curr. Oncol Rep.* 23(1), 38
<https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>

Dirección General de Epidemiología (2011). Página oficial <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2012). “The support i need”: Women’s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, 35(6), 39–47.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823634aa>

Enríquez R., M. C., & Vargas F. M. D. L. A. (2018). Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México. *Hispanic health care international*, 16(2), 70-75.
http://eprints.uanl.mx/17083/1/2018_Factores%20personales%20que%20afectan%20la%20calidad%20de%20vida%20de%20mujeres%20con%20cancer%20de%20mama%20del%20noreste%20de%20Mexico.pdf

Flórez, J. A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama; aspectos psicológicos*. Editorial. Edikamed. (32-62). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=169003>

Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, (4)2-3, 423-446

https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/vol4_numero2_3/eficacia.pdf

Galindo V. O. (2019) Escala de Afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. *Rev. Psicooncología* 16(1): 61-72 doi: 10.5209/PSIC.63648.

Galindo V. O., Rojas C. E., Meneses G. A., Aguilar P. J. L., Álvarez A. M. Á. & Alvarado A. S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Pacientes con cáncer. *Psicooncología* 12(1) 51–58.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48903/45629>

Galindo V. O., Rojas C. E., Meneses G. A., Aguilar P. J. L., Álvarez A. M. Á. & Alvarado A. S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Rev. Psicología y Salud*, (26)1 43-49.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1897>

Galindo V. O., Benjet, C., Juárez G. F., Rojas C. E., Riveros R. A., Aguilar P. J. L. & Alvarado A. S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000400253

Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (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.

<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>

Giraldo, C. I. y Franco, G. M. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichán*,

6(1), 38-53. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/79>

- Giraldo M. C. V. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de salud pública*, 11(4), 514-525.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S012400642009000400003
- González R. L. P., Estrada P. C., Robles G. R., Orozco M. I., Meda L. R. M., & Daneri N. A. (2014). Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental y la modificación de roles familiares en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 59-69. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44917
- González G. J. M. (2011). ¿El apoyo emocional e informativo disminuye la ansiedad en las mujeres con sospecha de cáncer de mama? *Rev. De enfermería basada en evidencia*. (8)36 ISSN-e 1697-638X. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4651899>
- Guerrero A. J. M., Requena-Bastidas N. Y., & Torrealba-Torres M.E. (abril 2016). Bienestar psicológico, autoeficacia, estilos de humor y su relación con la salud. *Rev. Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6 (2). <https://www.semanticscholar.org/paper/Bienestar-psicol%C3%B3gico%2C-autoeficacia%2C-estilos-de-y-Alcedo-Bastidas/6f4f19066cbbeef11536838c1892da96dd69b3c8>
- Hartmann H. (1987). La psicología del yo y el problema de adaptación. (2-42). Editorial Paidós. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Psicologia-del-yo-Rosenvald/hartmann%20%20la%20psicologia%20del%20yo%20y%20el%20problema%20de%20la%20adaptacion%20cap%201%20%205%208%209.pdf>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Terapia de aceptación y compromiso: Modelo, procesos y resultados. *Investigación y terapia del comportamiento*, 44 (1), 1-25.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796705002147>

Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). Concepción o elección del diseño de investigación Metodología de la investigación (4)7 310-386. Editorial McGraw-Hill Interamericana.

<https://dspace.scz.ucb.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/21401/1/11699.pdf>

Hernández, F. & Landero, R. (2014). Aspectos Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama. *Summa Psicológica UST*. 11(1). 99-104.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808694>

Hernández-Pozo, M. R., Álvarez-Gasca, M. A., Romo-González, T., Barahona-Torres, J.

I., Gallegos-Guajardo, J., López-Walle, J. M., Oliva-Mendoza, F. J., Meza-Peña, C., H., T., Takayanagui-García, E., Díaz-Soto, D. M., Góngora-Coronado, E. A., González-Beltrán, L. F., Galán-Cuevas, S., Naranjo-Lázaro, J. G., Pérez-Álvarez, F. D., Montañón-Arvizu, C., y González-Pérez, R. (2021). Índice de positividad/negatividad en población Mexicana y su relación con precursores de obesidad. Manuscrito sometido a dictamen para su publicación.

Henaó C. Á. M., Osorio M. O., & Parra G. L. M (2017). Afrontamiento y adaptación de mujeres con cancer de mama. *Revista Cubana de Enfermería* , 33 (4). 669-685

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192017000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

Hinnen, C., Ranchor, A. V., Baas, P., Sanderman, R., & Hagedoorn, M. (2009). Partner support and distress in women with breast cancer: the role of patient's awareness of support and level of mastery. *Psychology & Health*, 24(4), 439-455.

<https://research.rug.nl/en/publications/partner-support-and-distress-in-women-with-breast-cancer-the-role>

Hirschman, K., & Bourjolly, J. (2005). How do tangible supports impact the breast cancer experience? *Social Work in Health Care*, 41(1). 17-32.

https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=spp_papers

Howell, D. M., Metcalfe, K., Kong, S., Stephen, J., Olivotto, I. A., Baxter, N., ... & Quan,

M. L. (2022). Risk factors for psychological morbidity and the protective role of coping self-efficacy in young women with breast cancer early in diagnosis: a national multicentre cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1-12. doi.org/10.1007/s10549-022-06576-6

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-022-06576-6>

Humboldt S. V., Carneiro F., & Leal I. (2017). Más allá de cáncer de mama en la edad avanzada: Bienestar subjetivo en mujeres mayores con cáncer de mama en remisión. *Rev. Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XXVI(2), 167-174 DOI: 10.24205/03276716.2017.1018.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281952112003.pdf>

Huerta, E. (2014). Confrontando el Cáncer: Una Guía Complete Para Pacientes Y Sus Familiares; El cáncer Origen, Historia y conceptos generales Que es el cáncer? [1ra edición]. Editorial Penguin Group.

[https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CBQ4AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Huerta,+E.+\(2014\)](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CBQ4AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Huerta,+E.+(2014))

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2020). Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama (19 de octubre). INEGI. Sala de prensa

<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=5996>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2020). Estadísticas de mortalidad 2020. INEGI. Consulta interactiva de datos. SNIEG. Información de Interés Nacional. Cifras preliminares, publicadas en agosto de 2021.

https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidad_general.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Instituto Nacional de Cáncer (2022). Como Hacer frente al cáncer. La dependencia principal del gobierno de los Estados Unidos para la investigación de cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer>

Instituto Nacional del Cáncer. (2022). Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®). Versión para profesionales de salud. *En el sumario del PDQ del NCI.*

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>

Instituto Nacional de Cancerología (INCan, 2021). Centro de Apoyo para la Atención Integral

http://www.incan-mexico.org/incan/incan13.jsp?iu_p=/direccion/caai/caai.xml

Johns S. A., Beck-Coon K. A., Stutz P.V., Talib T.L., Cohee A. A., Pradd M. L., Brown L. F., Wilhelm L.

R., Monahan P. O., Champion V.L. Miller K. D. & R. Giesler B. (2020). Acceptance and Commitment Therapy for Breast Cancer Survivors With Fear of Cancer Recurrence: A 3-Arm Pilot Randomized Controlled Trial *Cancer*; 126:211-218. American Cancer Society.

Knaut F. M., Nigenda G., Lozano R., Arreola O. H., Langer A. & Frenk J. (2009). Breast

cancer in México: an urgent priority. *Salud Pública Mex*, 51 (Suppl 2), 335-44.

<http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967291>

Khodaveirdyzadeh, R., Rahimi, R., Rahmani, A., Ghahramanian, A., Kodayari, N. & Eivazi,

J. (2016). Estrategias de afrontamiento espirituales/religiosas y su relación con el ajuste de la enfermedad entre pacientes iraníes con cáncer de mama. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17 (8), 4095-4099. http://journal.waocp.org/article_33105.html

Latasa P., Gandarillas A. M. & Ordobás M. (2015). Tendencias y desigualdades sociales en

el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama en la comunidad de Madrid durante el periodo 1995-2010 a partir del sistema de Vigilancia de Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT-A) [https://www.semanticscholar.org/paper/Tendencias-y-](https://www.semanticscholar.org/paper/Tendencias-y-desigualdades-sociales-en-el-cribado-y-Latasa-Gandarillas/aae7fd43e9fb51c5b36a029b74f74291d35c42e2)

[desigualdades-sociales-en-el-cribado-y-Latasa-](https://www.semanticscholar.org/paper/Tendencias-y-desigualdades-sociales-en-el-cribado-y-Latasa-Gandarillas/aae7fd43e9fb51c5b36a029b74f74291d35c42e2)

[Gandarillas/aae7fd43e9fb51c5b36a029b74f74291d35c42e2](https://www.semanticscholar.org/paper/Tendencias-y-desigualdades-sociales-en-el-cribado-y-Latasa-Gandarillas/aae7fd43e9fb51c5b36a029b74f74291d35c42e2)

Lazarus S. R. & Lazarus N. B. (2006). Hacer frente al envejecimiento. (52-70). Edit. Oxford University.

Leyva-Pescador, Y., Solano-Arellano, G., Labrador-Ortega, L., Gallegos-Alvarado, M., & Ochoa-

Estrada, M. C. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), 96-104.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732011000100002

Lee M, Song Y, & Zhu L. (2017). Estrategias de afrontamiento y búsqueda de beneficios en la relación entre la no divulgación y los síntomas depresivos entre las sobrevivientes de cáncer de mama en China; *Rev. Am J Salud Comportamiento*; 41(4), 368-377. doi:

10.5993/AJHB.41.4.1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5598082/>

Lee, M. S., Tyson, D. M., González, B. D., Small, B. J., Lechner, S. C., Antoni, M. H. & Jacobsen, P. B. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes latinas de habla hispana con cáncer antes de iniciar la quimioterapia. *Psycho-Oncology*, 27 (1), 333-338.

<https://doi.org/10.1002/pon.4462>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.4462>

Lieberman M. A. & Goldstein B. A. (2006). No all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(1),160-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15880627/>

Londoño, Y. C. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 70-77.

<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n1/v27n1a07.pdf>

Longares S., M., & Beleña M. M. A. (2022). Sentido de la enfermedad y afrontamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Psicooncología*, 19(1), 11-26.

<https://doi.org/10.5209/psic.80795>

Lostanau V, Torrejón C, & Cassaretto M. (2017). Stress, Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama; 31 (122) 75-90.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-35352017000100075&script=sci_arttext

Martín, M. M, Iglesia, D. G & García, R. Z (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* , 2 (1), 1-6.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>.

Martínez-Rojas, S. M. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(1), 34-47.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232>

Martínez C. G., Juárez R.A., Pichardo C. M., y Martín O. A. (diciembre-2010). Cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Una evolución desfavorable cada vez más frecuente en la práctica clínica. *Gaceta Mexicana de oncología*. 9 (6) 242-245

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=87971>

Martínez B. A. E., Sánchez R. S., Aguilar V. J., & Rodríguez P. V. (febrero-julio-2014). Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+ *Rev. Latinoamericana de Medicina Conductual*. (4)2, 93-101

<http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/53611>

Martínez B. O., Camarero F. O., López L. I. & Moré S. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 20(3), 390-400.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56143>

Mamani Q. M. y Querevalú N. F. (2021). Factores personales, médicos y socio familiares relacionados al tipo de afrontamiento del estrés por enfermedad en pacientes adultos de

- oncología de un hospital nacional en Lima. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 14(1), 34-49. <https://doi.org/10.17162/rccs.v14i1.1480>
- Mermer, G., Nazli, A., & Ceber, E. (2016). Social perceptions of breast cancer by women still undergoing or having completed therapy: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(2), 503–510. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.2.503>
- Mera, P. C., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0718-48082012000300007&script=sci_arttext
- Mejía R., M. E., Contreras R., A., & Hernández C., M. (2020). Quality of life in women treated with chemotherapy for breast cancer in Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), 349-361. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505510/>
- Meza, R. M. P. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y Ginecológico. *Rev. Perinatol Reprod Hum*, 21(1), 72-80 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=20073>
- Moral, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo en parejas casadas Mexicanas. *Rev. Ciencia ergo sum*, UAEM (18)2, 117-125, [https://www.bing.com/search?q=Moral%2CJ.+\(2011\).+La+escala+de+afecto+positivo+y+negativo+en+parejas+casadas+Mexicanas&cvid=52f807e7274742ca9e843b049d3350ff&aqs=edge..69i57.1129j0j1&pglt=43&FORM=ANNAB1&PC=U531](https://www.bing.com/search?q=Moral%2CJ.+(2011).+La+escala+de+afecto+positivo+y+negativo+en+parejas+casadas+Mexicanas&cvid=52f807e7274742ca9e843b049d3350ff&aqs=edge..69i57.1129j0j1&pglt=43&FORM=ANNAB1&PC=U531)
- Montiel C. V. E., Vizcaíno E. A. E., Guerra M. V. M. & Fernández C. E. (2016). Análisis psicométrico de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev. del Hospital Psiquiátrico de La Habana* (13)3, 1-13 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=70191>

- Moreno, A., Krikorian, A. & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (3), 517-529
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3148/3028>
- Moreno M. M, Gutiérrez I. D, y Zayas G. R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas, *Rev. Enfermería Investiga* ; 2(1) 1-6.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>
- Mosher, C. E., Secinti, E., Li, R., Hirsh A. T. Bricker J., Miller K. D., Schneider B., Storniolo A.M., Mina L., Newton E. V. Campeona V.L. & Johns S. (2018). Terapia de aceptación y compromiso para la interferencia de síntomas en pacientes con cáncer de mama metastásico: un ensayo piloto aleatorizado. *Support Care Cancer*, 26(1), 1993–2004
<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4045-0>
- Muñoz, K. E. V., Limaico, J. L. I., & Montalvo, L. E. E. (2022). Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez: Revisión Sistemática. *Oncología (Ecuador)*, 32(1), 55-70.
<http://roe-solca.ec/index.php/johs/article/view/602>
- Nelson H., Tyne K., Naik A., Bougatsos C. Chan BK, & Humphrey L, (2009). Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 151(10), 727-737.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920273>
- Nisa, S.U. y Rizvi, T. (2016). Relación del apoyo social, estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad con el crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Revista Internacional de Investigación en Economía y Ciencias Sociales* , 6 (4), 105-114.
https://www.researchgate.net/profile/ShamsNisa/publication/297714294_Relationship_o

[f Social Support Coping Strategies and Personality traits with PostTraumatic Growth in Cancer Patients/links/56e9005f08ae9bcb3e1cedec/Relationship-of-Social-Support-Coping-Strategies-and-Personality-traits-with-Post-Traumatic-Growth-in-Cancer-Patients.pdf](#)

Nigenda, G., Caballero, M., & González-Robledo, L. M. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública de México*, 51(S2), S254-S262.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342009000800016&script=sci_abstract&tIng=pt

Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. [2da. Ed.] International Thomson Editores, 2da. Edición.

https://www.academia.edu/38159809/Oblitas_Psicolog%C3%ADa_de_la_Salud

Olivares B.G., Fuentes N. M. E. & Alvarado A. S. (julio 2007) Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gaceta mexicana de oncología*. (6)4 87-90

<https://biblat.unam.mx/es/revista/gaceta-mexicana-de-oncologia/articulo/cancer-de-mama-y-bienestar-subjetivo>

O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 363-382. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2270233/>

Ojeda S.,S., & Martinez-J. C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista enfermería herediana*, 5, 89-96.

<http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2405>

Organización Mundial de la Salud (2012). *Temas de salud: Cáncer*,

<http://www.who.int/topics/cancer/es/>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Cáncer de mama*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Organización Mundial de la Salud, (2021) Op. cit., párr. 11.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Organización Mundial de la Salud (2015). Temas de salud: Cáncer.

<http://www.who.int/topics/cancer/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Enfermedades no Transmisibles. Página Oficial.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.

Organización Panamericana de la Salud (2016). 19 de octubre: Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama [Internet]. Washington, DC: ops:

http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=796:19-octubrediamundial-lucha-contracancer-mama&Itemid=255

Organización de las Naciones Unidas (2021). El cáncer mató a diez millones de personas en 2020, la mayoría en países de renta baja o media.

<https://news.un.org/es/story/2021/02/1487492>

Padrós B. F., Soria M. C., & Navarro C. G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿ Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*, 29(1), 151-164.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S166870272012000100009&script=sci_arttext&lng=en

Pelusi, J. (1997, septiembre). La experiencia vivida de sobrevivir al cáncer de mama. *En Foro de enfermería oncológica* (24) 8, 1343-1353

<https://europepmc.org/article/med/9380590>

Pires, T. & Nobre, A. (2003). Enfrentando la mastectomía: análisis de los relatos de mujeres

mastectomizadas sobre cuestiones relacionadas a la sexualidad. *Estudios de Psicología*, 8(1), 155-163.

<https://www.redalyc.org/pdf/261/26180117.pdf>

Rabadán J, Chamarro A, & Álvarez M. (2017). Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Revistas Científicas Complutenses* 14 (2-3) 187-202

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57079>

Rodríguez M., J., Pastor, Ma. A., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7199>

Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. M., & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0909120191A/15328/0>

Rojas Miranda, D., & Fernández González, L. (2015). ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. *Revista médica de Chile*, 143(3), 352-357.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872015000300010&script=sci_arttext&tln_g=en

Ruiz-de-Aguirre, S., & Villanueva-Edo, A. (2000). Evolución del cáncer de mama a través de la historia. *Gaceta Médica de Bilbao*, 97(2), 35-36.

<http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/viewFile/614/620>.

Sarizadeh, M.S., Boogar, I.R., Talepasand, S. y Gharemanfard, F. (2021). Terapia de aceptación y compromiso para el síndrome de desmoralización y el trauma relacionado con el cáncer: un estudio de ensayo clínico aleatorizado. *Revista Internacional de Manejo del Cáncer*, 14 (11), 1-8

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=25384422&AN=154014625&h=YvMi42Mpk5u1Q49UNM8A7gOI3nq%2FWFUGhESVb2L60zSoJPMPu0Co5LajEpI9f%2BCGLAdAJqUVpX8DDXt7cbnQ%3D%3D&crl=c>

Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, & Mirzaei H. (2018). Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Quality of Life and Resilience of Women With Breast Cancer. *Arch Breast Cancer*, 5(3):111-7. DOI: 10.19187/abc.201853111-117.

<https://www.archbreastcancer.com/index.php/abc/article/view/184>.

Salari, N., Rezaie, L., Khazaie, H., Bokaei, S., Ghasemi, H., Mohammadi, M. y Khaledi-Paveh, B. (2021). El efecto de la terapia de aceptación y compromiso sobre la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Psicología actual*, 1-23.

<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01934-x>

Sarizadeh M, Mozaffari S, Rahimian boogar I. (2018). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso sobre el miedo a la recurrencia del cáncer y el crecimiento postraumático en pacientes con cáncer de mama. *Koomesh*. 20 (4) :626-632. URL:

<http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-3879-en.html>

Sears S. R., Stanton A, & Danoff B. S. (septiembre, 2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol*, 22(5):487-97.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14570532/>

Secretaría de Salud Pública y Carga Global de Enfermedad (2016). Página oficial.

<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/>

Seliktar, N., Polek, C., Brooks, A. y Hardie, T. (2015). Cognición en sobrevivientes de cáncer de mama: hormonas versus depresión. *Psycho-Oncology*, 24 (4), 402-407.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.3602>

Schneider, J., Pizzinato, A. & Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 439-467.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S025492472015000200008&script=sci_arttext

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75(1), 73-85.

https://www.researchgate.net/publication/261912132_Soriano_J_2002_Reflexiones_sobre_el_concepto_de_afrontamiento_en psicooncologia_Boletin_de_Psicologia_75_73-85

Taylor, S. E (1983). Ajuste a eventos amenazantes: una teoría de la adaptación cognitiva. *Psicólogo estadounidense*, 38 (11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>

Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Atribuciones, creencias sobre el control y ajuste al cáncer de mama. *Revista de personalidad y psicología social*, 46 (3), 489.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.322.2326&rep=rep1&type=pdf>

Trindade I. A., Ferreira C. & Gouveia J. P, (2020). Acceptability and preliminary test of efficacy of the Mind programme in women with breast cancer: An acceptance, mindfulness, and compassion-based intervention, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(1), Pages 162-171, ISSN 2212-1447

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.005>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144719301711>

- Torralba M. E. & Codern B. N. (2021). Percepción sobre el apoyo social recibido tras el diagnóstico de cáncer de mama: La experiencia dos años después del diagnóstico. *Rev. Investigación Cualitativa en Salud: Avances y Desafíos* (8) 422–430.
<https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430>.
- Valdivieso, M. J. E. (2021). Calidad de vida y cáncer de mama: Factores protectores, Evaluación y Abordaje Psicoterapéutico. Revisión bibliográfica. *Centros: Revista Científica Universitaria*, 10(2), 212-229.
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2261>
- Vinaccia S., Quiceno J. M., Fernández H., Contreras F., Bedoya M., Tobón S. & Zapata M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.
<https://www.redalyc.org/pdf/291/29115205.pdf>
- Vecina J., M.L. (2006). Emociones positivas. *Rev. Papeles del Psicólogo*.27 (1), 9-17.
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf>
- Vélez, M. C. M., Correa, O. R., Urréa, H. R., Sandoya, M. G., & Ferruzola, K. Z. (2018). Análisis del tipo de personalidad en el cáncer de mama. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 3(10), 21-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7354260>
- Westmaas L. J., Fallon E., Mcdonald R. B., Driscoll D., Richardson K. , Portier K. & Smith T.(2020). Investigar las relaciones entre la participación de los sobrevivientes de cáncer en una comunidad de apoyo en línea, las percepciones de apoyo social, el bienestar y los efectos moderadores del apoyo social existente (fuera de línea). *Atención de apoyo en el cáncer* 28(8), 3791-3799. doi: 10.1007/s00520-019-05193-2
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-05193-2>
- Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and Coping. En J. Holland (Ed.): *Psychooncology*. (91-98)

Oxford University Press.

Yamamoto, S., Tazumi, K., & Arao, H. (2015) Support not corresponding to transition to a new treatment: women's perceptions of support provided by their male partners during hormonal therapy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1) 1-9

<https://europepmc.org/article/MED/26627115>.

Anexos y/o apéndices.

Anexo 1.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estoy de acuerdo en que la **Psic. Iris Rebeca Santillán Pineda**, estudiante de la licenciatura en Psicología de la UNAM-SUAyED, con número de cuenta 416150968; está realizando una práctica de investigación en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, como parte de la asignatura de Seminario de Titulación En procesos en Psicología de la Salud; bajo la dirección de la **Dra. Lorena Alejandra Flores Plata**. Quien estará atenta y que podré contactarla en caso de cualquier duda. El **objetivo que se persigue es evaluar el apoyo social percibido, así como el afecto emocional positivo y negativo en mujeres diagnosticadas con de cáncer de mama, atendidas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca para identificar la relación de estas variables con su adaptación a la enfermedad**, evaluando al inicio y después de 2 meses de iniciado el tratamiento médico oncológico.

Estoy consciente que **el uso de los datos recabados, así como las grabaciones, documentos y resultados son para uso cien por ciento académicos por lo cual sus datos personales estarán garantizados bajo las normad de confiabilidad** y solo serán utilizados para fines académico y que de los mismos no de informará a ninguna persona y no se emitirá un ningún diagnóstico.

De manera voluntaria, ratifiqué que me encuentro en total uso de facultades para tomar decisiones y entender la información que aquí se me presenta, y contar con la capacidad de tomar decisiones sobre la participación en esta trabajo de investigación, y autorizo de ser necesario se me grabe para los fines que aquí se han señalado.

Acepto Nombre y firma: _____.

Anexo 2.**CUESTIONARIO MOSS DE APOYO SOCIAL.**

NOMBRE DE LA PACIENTE _____

FECHA _____

FOLIO. _____

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (la gente se siente cómoda Vd. y puedes hablar acerca de lo que piensas y sientes)

1. Escriba el número aproximado de amigos y familiares cercanos con los que cuenta.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES:

1. ¿Cuenta con alguien?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5

4. Que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación.	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5

15. Que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse.	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

Anexo 3.

CUESTIONARIO SOBRE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC).

A continuación, encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad. A la derecha de cada frase, encontrará los respectivos indicadores, por favor, escoja la opción con la que usted se identifica. Por ejemplo, si usted no se identifica con la situación, escoja la opción: “definitivamente no se aplica a mi” marcando con una X en el recuadro correspondiente.

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, modificar mi dieta)				
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme.				
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
4. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud.				
5. No estoy obsesionado con mi enfermedad.				

6. Creo firmemente que mejoraré.				
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas.				
8. Dejo todo en manos de mis médicos.				
9. Siento que en la vida no me queda esperanza.				
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)				
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.				
12. Será lo que Dios quiera.				
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)				
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.				

15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.				
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud.				
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme.				
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre.				
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.				
20. Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo.				
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.				
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.				

24. De momento, procuro vivir día a día.				
25. Me siento como si me hubiera rendido.				
26. Trato de tomármelo con sentido del humor.				
27. Hay gente que se preocupa más por mí que yo mismo(a)				
28. Pienso en otras personas que están peor que yo.				
29. Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad.				
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede.				
31. Trato de tener una actitud muy positiva.				
32. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad.				
33. Evito informarme más sobre la enfermedad.				

34. Veo mi enfermedad como un reto.				
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.				
36. Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer.				
37. Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado.				
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna.				
39. Me concentro en los aspectos buenos.				
40. Intento luchar contra la enfermedad.				

Anexo 4.**PANAS.**

A continuación, se aparecen una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con el círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.

1. Interesado/a	1 2 3 4 5	11. Irritable	1 2 3 4 5
2. Tenso/a	1 2 3 4 5	12. Alerta	1 2 3 4 5
3. Estimulado/a	1 2 3 4 5	13. Avergonzado/a	1 2 3 4 5
4. Disgustado/a	1 2 3 4 5	14. Inspirado/a	1 2 3 4 5
5. Enérgico/a (*)	1 2 3 4 5	15. Nervioso/a	1 2 3 4 5
6. Culpable	1 2 3 4 5	16. Decidido/a	1 2 3 4 5
7. Asustado/a	1 2 3 4 5	17. Atento/a	1 2 3 4 5
8. Hostil	1 2 3 4 5	18. Miedoso/a	1 2 3 4 5
9. Entusiasmado/a	1 2 3 4 5	19. Activo/a	1 2 3 4 5
10. Orgullosa/a	1 2 3 4 5	20. Atemorizado/a	1 2 3 4 5

(*) Se aconseja cambiar por motivado/a.

<https://forms.gle/A7j82XzXYc12Uwk39>

Anexo 5

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Identificación Fecha

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	?	?	?	?
2. Sensación de calor	?	?	?	?
3. Temblor de piernas	?	?	?	?
4. Incapacidad de relajarse	?	?	?	?
5. Miedo a que suceda lo peor	?	?	?	?
6. Mareo o aturdimiento	?	?	?	?

7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Terrores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Temblores de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Miedo a morirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sobresaltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rubor facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 6**Inventario de Depresión de Beck (BAI).**

Identificación **Fecha**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1 R

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2 R

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3 R

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4 R

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5 R

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6 R

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7 R

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8 R

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9 R

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10 R

- No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11 R

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12 R

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13 R

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14 R

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15 R

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16 R

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17 R

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18 R

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19 R

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20 R

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21 R

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Gracias.