

82
1ej



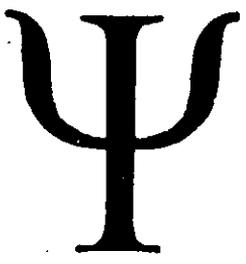
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL
APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER
DE MAMA CERVICOUTERINO Y TESTICULAR”

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
GUILLEN MORENO LETICIA
PALOMARES RAMIREZ TOMASA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CLAUDETTE DUDET LIONS
ASESOR ESTADISTICO: LIC. FABIAN MARTINEZ SILVA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

279/59

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A las coordinadoras del proyecto para Optimizar la profesionalización del Psicólogo Clínico, Dra. Bertha Blum Grinberg y Eva Esparza Meza, por su apoyo constante, motivación e interés en nuestra formación profesional y durante el desarrollo de la presente investigación.

A nuestra directora de tesis, Mtra. Claudette Dudet, por su esfuerzo incondicional, y por su motivación tanto personal como profesional para ver realizado este trabajo.

A nuestro asesor estadístico Lic. Fabián Martínez por su paciencia, orientación y ayuda en todo momento a lo largo de la elaboración de ésta tesis.

Al Dr. Ricardo Ortega por su dedicación, enseñanza e impulso por ver finalizado éste estudio.

A la Lic. Mariana Gutiérrez por su disposición para apoyarnos en el avance de la investigación y lograr verla concluida.

En especial, agradecemos profundamente a todos los pacientes oncológicos que participaron en ésta investigación, quienes a pesar de encontrarse en una situación difícil, tuvieron la paciencia y fortaleza para contribuir y brindarnos su experiencia.

G R A C I A S

INDICE

RESUMEN	1
CAPITULO 1. Marco teórico.	
1.1 Cáncer	2
1.2 Afrontamiento	22
1.3 Apoyo Social	39
1.4 Afrontamiento y Apoyo Social	45
CAPITULO 2. Método.	
2.1 Planteamiento del problema	49
2.2 Objetivos	49
2.3 Hipótesis	50
2.4 Definición de variables	53
2.5 Muestra.....	55
2.5.1 Criterios de Inclusión	55
2.5.2 Criterios de Exclusión	55
2.6 Tipo de estudio	55
2.7 Materiales	55
2.8 Instrumentos	55
2.9 Procedimiento	56
2.10 Análisis de datos	57

CAPITULO 3. Resultados y Conclusiones	58
3.1 Resultados. Afrontamiento	58
3.2 Resultados. Apoyo Social	67
3.3 Resultados. Correlación	72
3.4 Discusión	74
3.5 Conclusiones	76
3.6 Sugerencias y Limitaciones	78
3.7 Aportaciones	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXO 1	82
ANEXO 2	84
ANEXO 3	87
ANEXO 4	95

RESUMEN

Al observar que el padecer una enfermedad como el cáncer implica un desequilibrio adaptativo en la vida del sujeto, es de suma importancia conocer como el paciente enfrenta su enfermedad haciendo uso tanto de sus recursos psicológicos internos como externos. Los recursos internos que utiliza, son llamados estrategias de afrontamiento y se refieren a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales con los que cuenta; mientras que los recursos externos, se refieren al apoyo social que le brindan las personas con las que interactúa.

De esta forma, se plantea que dependiendo de la manera en como el paciente enfrente su enfermedad le permitirá lograr una mayor cooperación en su tratamiento y una mejor aceptación de su enfermedad, teniendo además, repercusiones en su vida durante y después del tratamiento.

Dada la importancia de lo planteado anteriormente, esta investigación pretende conocer aquellas estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes adultos con cáncer de mama, cervicouterino y testicular, así como saber, si cuentan con apoyo social y que tan satisfechos están con este apoyo recibido. De igual manera, en esta investigación se pretende conocer si existe alguna relación entre el afrontamiento y el apoyo social.

Lo anterior fue evaluado a través del cuestionario "Modos de afrontamiento" de Lazarus y Folkman (1980) validado por Joya y Ortega en 1996 (SF). Así como por medio del cuestionario "Apoyo Social" de Sarason (1983) validado por Acuña en 1997 (SF).

Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales, así como paramétricas y no paramétricas los cuales son un análisis ANOVA para muestras relacionadas a partir de rangos, empleándose la prueba de Friedman para identificar diferencias en los puntajes, así como la prueba de Scheffé y la correlación de Pearson a través del paquete estadístico SPSS.

CAPÍTULO I

1.1 CÁNCER

HISTORIA SOBRE EL CÁNCER

El origen de la palabra cáncer se atribuye a Hipócrates (460 A.C.), reconocido médico griego, quien nombra como tal dicha enfermedad por la semejanza con un cangrejo. "La semejanza de cáncer con cangrejo se debe a la creencia de que la acumulación de vasos sanguíneos en las proximidades de tumores cancerígenos, se asemeja a las patas de los cangrejos". Ya en la antigüedad el cáncer como tal estaba descrito en los estudios de griegos y romanos, encontrándose los primeros tumores en momias egipcias que datan de hace 5000 años y que representan algunos de los primeros males conocidos en el hombre (Cueto y Delgado, 1988 citado por Moro, 1993).

ETIOLOGÍA DEL CÁNCER.

Actualmente, los términos cáncer, neoplasia y tumor se utilizan indistintamente tanto en el ámbito profesional como popular. El término cáncer define las neoplasias malignas de carácter epitelial, donde estas representan el 85 % de todas las neoplasias, y por ello el vocablo cáncer se utiliza como sinónimo de neoplasia donde literalmente el término neoplasia significa "nuevo crecimiento" (Moro, 1993). Asimismo la neoplasia puede definirse de forma más amplia como "una neoformación histica resultante de la proliferación exagerada de elementos celulares de un tejido organizado, generalmente encapsulado, que no infiltra espacios adyacentes ni produce metástasis considerándose como benigno". Pero cuando no cumple los requisitos anteriores, la neoplasia es considerada como maligna" (Cueto y Delgado, 1988 citado por Moro, 1993).

Aunque en la actualidad no se tiene bien definida una etiología determinante para cada tipo de cáncer, si se puede hablar de un continuo avance en el conocimiento por identificar los factores o agentes causales que desencadenan tal enfermedad, como los mencionados a continuación:

Factores Genéticos

Diversos estudios han manifestado la existencia de genes que pueden ser importantes en el origen genético del cáncer. Esos genes se denominaron protooncogenes y oncogenes celulares, es decir, precursores de determinantes oncorgánicos que forman parte de la dotación genética de todas las células normales, encontrándose las neoplasias hereditarias cretinoblastoma bilateral, enfermedades hereditarias susceptibles de desarrollar una neoplasia como el albanismo y el carcinoma; anomalías cromosómicas con predisposición al cáncer-síndrome de Down y Leucemia- y neoplasias con predisposición familiar como el cáncer de mama (Moro, 1993).

Factores Ambientales

En la actualidad, la mayoría de los investigadores coinciden en señalar que porcentajes importantes de cánceres tienen su origen en factores ambientales, lo que significaría en buena medida que pudieran ser evitables o preventivas (Moro, 1993), entre los más importantes se destacan:

*** La dieta.**

Estudios epidemiológicos internacionales en la incidencia del cáncer en grupos de población con diferentes hábitos dietéticos han permitido arrojar datos suficientes para confirmar la influencia de la dieta en la mayor parte de los tipos de cáncer donde cantidades elevadas o insuficientes de los siguientes elementos pueden facilitar la aparición de diferentes tipos de cáncer: grasas, calorías totales y peso corporal, fibra, alcohol, selenio, cinc, yodo, alimentos ahumados, salados y adobados, sacarina, aditivos y contaminantes, vitamina A, C y E.

*** El tabaco.**

Numerosos análisis epidemiológicos han demostrado que el principal agente carcinógeno en el ambiente es la inhalación del humo del tabaco, especialmente en lo que respecta al cáncer del pulmón.

*** Las radiaciones ionizantes.**

Casi todos los tejidos son susceptibles de inducción tumoral por radiación, aunque son especialmente sensibles la médula ósea, la mama y la glándula tiroides. La radiación ultravioleta es el principal factor de riesgo de los cánceres cutáneos que no sean melanoma maligno, resultado de una exposición fuerte a la radiación electromagnética procedente del sol.

*** Ocupaciones y exposición industrial.**

Aunque son bastante difíciles de detectar, la mayoría se localizan primero mediante observaciones clínicas y epidemiológicas que después se confirman en los estudios de laboratorio. Incluso en determinadas profesiones industriales y con el manejo de algunas sustancias tóxicas en ciertas ocupaciones de la industria se eleva la incidencia de determinados tipos de cáncer. (Aunque esto no ha sido del todo comprobado).

*** Agentes infecciosos.**

Aunque se ha investigado exhaustivamente la influencia de los virus en tumores animales y en el laboratorio, su incidencia en la patología tumoral humana solo ha sido implicada como causa directa en un cáncer humano que es la infección por el virus linfotrópico T humano-1 (HTLV-1) que puede producir la leucemia de células T en el adulto.

Cada vez un mayor número de estudios relacionan los virus con ciertas formas de cáncer humano, como en el cáncer del cuello uterino que se ha detectado una transmisión venérea de un microorganismo infeccioso, mientras que en el cáncer nasofaríngeo y el linfoma de Burkitt se relacionan con el virus de Epstein-Barr (EBV).

*** Contaminación atmosférica.**

La mayor parte de los estudios relacionan la contaminación ambiental con el cáncer de pulmón, aunque los resultados en la actualidad aun no son determinantes. Los últimos estudios se han centrado en los contaminantes del agua potable, ya que se ha detectado que algunos componentes de la cloración son carcinógenos.

Factores Psicológicos

Ya en tiempos pasados se consideraba el factor psicológico como agente causal importante del cáncer, tal y como lo estableció un psicoanalista de New York, Lawrence LeShan (1977), que utilizando las técnicas de Rorschach, un conjunto de cuestionarios y entrevistas personales detalladas con pacientes con cáncer, así como con sus parientes cercanos, concluyó que los factores más importantes en el desarrollo de los tumores malignos fueron: una pérdida de esperanza, desamparo, incapacidad por parte del individuo para expresar ira o resentimiento, una marcada cantidad de autoaversión y desconfianza, y lo más significativo, la pérdida de una relación emocional importante. (Cary L. Cooper, 1986 citado por Moro, 1993).

Psicológicamente, el cáncer puede ser considerado tal y como lo describe Levenson (1986, citado por Moro, 1993) como "la representación psicósomática rudimentaria y esencial de la separación extrema de las fuerzas positivas y negativas de nuestra existencia. Es una resistencia a la integración de los impulsos biológicos fundamentales de agresión y libido (fuerzas destructivas y constructivas). Considerando el cáncer, además, como una evidente disfunción narcisista que prueba la existencia de un conflicto entre esos impulsos primitivos. Es un ataque al yo en el cual las fuerzas vitales se ven superadas por una necesidad inconsciente de autodestrucción del individuo".

Asimismo, asegura el autor, "Freud y otros psicoanalistas describen el cáncer como la expresión orgánica de la incapacidad del individuo para afrontar los estímulos internos y externos. El cáncer puede ser considerado como una acumulación de irritación que acciona una defensa orgánica, de hecho esta respuesta a la irritación puede ser muy específica (un tumor) o puede penetrar en todo el organismo (linfoma o leucemia)". Levenson (1986, citado por Moro, 1993).

ETAPAS MÉDICAS DEL CÁNCER.

La historia natural del cáncer corresponde claramente a un proceso de múltiples estadios o etapas que transcurren a lo largo de un periodo de duración variable, que suele ser prolongado existiendo además, una etapa de latencia que generalmente persiste durante muchos años en la que el desarrollo inicial tiene lugar en los niveles celular y microscópico. Los estadios de la historia natural del cáncer establecidos en la actualidad son: Iniciación, Promoción y Progresión. Los fenómenos de invasión y de metástasis pueden entenderse como, parte integral de la progresión, o como estadios propiamente dichos. (Love R. R., 1992, citado por Moro, 1993).

Iniciación y promoción.

Aunque la descripción de los signos más claros de la existencia de los estadios de iniciación y de promoción procede de estudios experimentales en piel de roedores, muchos otros datos provienen de otros sistemas experimentales y de observaciones en humanos, que también afirman la existencia de los estadios.

De este modo se define la iniciación como "un fenómeno rápido e irreversible, originado por la exposición a un agente carcinógeno. La promoción como un fenómeno mas prolongado, que aparece después de la exposición repetida o ininterrumpida a una sustancia, que puede no ser carcinógena o capaz, por sí sola, de iniciar el proceso". (Love R.R, 1992 citado por Moro, 1993). Considerándose agentes iniciadores los que solo pueden impulsar el primer estadio (I) y agentes promotores los que solo tienen importancia en el segundo estadio (II); pero se denominan carcinógenos completos, a aquellos otros agentes responsables del proceso entero, desde su inicio hasta la presentación de una neoplasia in situ (sitio específico de células malignas) como el carcinoma in situ del cuello uterino que corresponde en su origen de las células iniciadas, las cuales no invaden la membrana basal y suelen estar presente muchos años antes de manifestarse el cáncer invasor.

Específicamente, el estadio de iniciación (I) se caracteriza por la mutación, mientras que la promoción (II) se caracteriza por la alteración en la expresión genética. La sola exposición a un agente iniciador, seguida de exposiciones repetidas a una agente promotor da lugar a generar tumores.

Progresión.

La progresión es reconocida, en la actualidad, como un tercer estadio (III). Se reconoce la irreversibilidad de esta etapa por el desarrollo de cambios claros en el cariotipo de las células cancerosas, constituyendo esto, la base de la transformación celular maligna observada y característica en este estadio. Estas mismas alteraciones del cariotipo son importantes para determinar la capacidad invasora de los cánceres y su relación directamente con la generación y el crecimiento de las metástasis. Por esta razón es que muchos investigadores opinan que esta fase culminante de la historia natural del cáncer, es decir, el desarrollo de las metástasis, es parte del estadio de progresión.

En concreto, cuando los tumores en su desarrollo sobrepasan el estadio de la promoción y manifiestan características nuevas y peculiares, se entiende que pasan al siguiente estadio.

El signo más característico de la progresión es la presencia de un cambio objetivo del cariotipo. Este cambio se relaciona directamente con otros signos de progresión como es el aumento de la tasa de crecimiento, aumento de autonomía celular, crecimiento invasivo y capacidad metastásica.

En este estadio o etapa, la inestabilidad cariotípica es el signo más sobresaliente de la progresión, la ausencia de una producción celular regular es la base de la malignidad y esto es lo que hace que el cáncer sea letal. El tiempo que tarda un tumor maligno humano medio en duplicar su volumen es de unos 50 a 60 días, siendo muy amplio el rango de periodos para su reproducción.

Las tasas de crecimiento consisten generalmente en unas treinta duplicaciones de volumen antes de alcanzar el tamaño de un cm, equivalente a mil millones de células siendo apenas diagnosticable. A medida que va aumentando una masa tumoral el crecimiento entonces se hace lento, porque su tamaño resulta desproporcionado al suministro de sangre. La propiedad invasiva que caracteriza a la etapa de progresión se asocia con una mayor movilidad de las células malignas, incluso estudios in vitro con células cancerosas muestran que pierden su capacidad de inhibirse por el contacto con otras células, produciéndose el amontonamiento de células durante la división celular.

Asimismo, en este estadio se define una metástasis como "una o más células neoplásicas que crecen a una distancia finita". La metástasis es una clave para el pronóstico y para determinar la probabilidad de desarrollo de otras metástasis, como en el caso del cáncer de mama, donde encontrar metástasis en cuatro o más ganglios linfáticos de la axila homolateral, incluso en ausencia de otros signos de metástasis, conlleva un pronóstico significativamente peor que la sola invasión de uno a tres ganglios. Todo esto es debido a que la propagación local del cáncer a menudo progresa por las vías de menor resistencia, especialmente a lo largo y junto a los trayectos de vasos y nervios.

Finalmente, en lo que se refiere a los estudios o etapas del cáncer, cabe destacar que las vías de invasión del cáncer proporcionan la base para determinar el estadio o para medir la extensión de la enfermedad en un paciente determinado, así como para planear su tratamiento adecuado.

Aunque en el cáncer de mama, cervicouterino y testicular se maneja en general los mismos estadios, los cuales son 0, I, IA, IB, II, IIA, IIB, IIC, IIIA, IIIB, IV, IVA, IVB y No Clasificable (NC), Medicado Fuera del Servicio (MFS) y Medicado Fuera de la Unidad (MFU). Es importante especificar a que se refiere cada uno de ellos según el tipo de cáncer, tal y como se presenta a continuación:

CANCER DE MAMA según la clasificación de la Organización Mundial de la (OMS):

Estadio 0	Sin evidencia de tumor primario
Estadio I	Carcinoma in situ.
Estadio IIA	Tumor de 2 cms o menos en su mayor dimensión.
Estadio IIB	Tumor de mas de 2 cms pero no más de 2 cms en su mayor dimensión.
Estadio IIIA	Tumor de mas de 5 cms en su mayor dimensión.
Estadio IIIB	Tumor de cualquier tamaño en extensión directa a la pared torácica o piel.

Estadio IV Edema o ulceración de la piel de la mama o nódulos cutáneos confinados a la misma mama, así como carcinoma inflamatorio.

CÁNCER CERVICOUTERINO. Según la clasificación propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), siendo la clasificación mayormente utilizada al diagnosticar este tipo de cáncer:

Estadio 0 Carcinoma in situ.
Estadio I Carcinoma del cervix limitado al útero.
Estadio IA De invasión diagnosticada microscópicamente a tumor invasor de 5 mm o menos de profundidad tomando como base el epitelio y 7 mm o menos en la diseminación horizontal.
Estadio IB Tumor mayor a 7mm en la diseminación.
Estadio II Carcinoma cervical que invade mas allá del útero, pero no alcanza la pared pélvica ni el tercio inferior de la vagina.
Estadio IIA Tumor sin invasión parametrial.
Estadio IIB Tumor con invasión parametrial.
Estadio III Carcinoma cervical que se extiende a pared pélvica y/o afecta el tercio inferior de la vagina y/o causa disfunción renal.
Estadio IIIA Tumor que afecta el tercio inferior de la vagina sin alcanzar la pared pélvica.
Estadio IIIB Cuando el tumor llega a la pared pélvica y/o produce insuficiencia renal.
Estadio IVA El tumor ya invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende mas allá de la pelvis verdadera.
Estadio IVB Hay metástasis a distancia.

CÁNCER TESTICULAR según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Estadio I Tumor en Testículo.
Estadio II Tumor que se extiende hasta pelvis por debajo del diafragma.
Estadio IIA Masa retroperitoneal menor que 2cms solamente.
Estadio IIB Masa retroperitoneal mayor a 2 cm y menor a 5cms solamente como máximo.
Estadio IIC Masa retroperitoneal mayor a 5cms y menor a 10 cm como máximo.
Estadio IIIA Metástasis a distancia entendiéndola como enfermedad ganglionar por encima del diafragma.
Estadio IIIB Elevación de marcadores unilateral o bilateral, demostrando o no masa.

Una vez conociendo los estadios del cáncer de mama, cervicouterino y testicular es importante conocer su etiología, tratamiento y pronóstico de cada uno de ellos.

CÁNCER DE MAMA.

El cáncer de mama no sólo es el más frecuente en mujeres sino que también es la principal causa de muerte en las mujeres en muchos países del mundo (Sherman, 1992 citado por Schavelzon, 1988).

La historia del cáncer de mama es importante ya que los familiares de las enfermas con este padecimiento como pudieran ser madres, hijas y hermanas están sometidas a un riesgo mayor que la población general, incluso se dice que el mayor riesgo ocurre en mujeres cuyas madres tuvieron un cáncer de mama bilateral antes de la menopausia, teniendo un riesgo nueve veces mayor que el promedio de las que desarrollan esta enfermedad.

Específicamente, la historia natural del cáncer de mama es normalmente muy larga, pues se ha calculado que comienza por una sola célula maligna, donde la tasa tumoral crece por constantes doblamientos, necesitando de siete a ocho años y treinta doblamientos para alcanzar la esfera de un cm de diámetro. El cáncer de mama se disemina por vía linfática, por vía sanguínea y por extensión directa.

Cabe destacar, que para algunas mujeres con cáncer de mama el ritmo de crecimiento y otros factores biológicos son de tal naturaleza que el cáncer alcanza una etapa de incurabilidad antes de que haya cualquier posibilidad de diagnóstico con los actuales métodos de evaluación, por lo que el tratamiento debe ser planificado de acuerdo con el estadio de la enfermedad donde habitualmente se utilizan combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, aunque en algunas ocasiones, solo está indicado un tipo de tratamiento.

A la cirugía se le considera la piedra angular para la curación del cáncer de mama operable la cual debe ser lo suficientemente cuidadosa y adecuada para que se den las mínimas posibilidades de una recurrencia local.

Actualmente, la cirugía de mama estando en el estadio I y II, se realiza mediante la llamada mastectomía radical modificada que consiste en una cirugía total con una disección axilar, conservando al menos el músculo pectoral mayor.

Por su parte, con la radioterapia postoperatoria se ha comprobado que disminuye la recurrencia local e incluso a sido utilizada con quimioterapia adyuvante en pacientes con riesgo de recaída aplicando medicamento de forma intravenosa, por lo que se considera a la radioterapia postoperatoria como complemento esencial en una cirugía, limitada para tumores pequeños.

Pronóstico del cáncer de mama.

Cuando el cáncer de mama ya esta avanzado, pero sin evidencia de metástasis tiene unas posibilidades significativas de conseguir una supervivencia libre de invasión a largo plazo, por lo que se recomienda un tratamiento local agresivo que consiste en primer lugar en quimioterapia, después radioterapia y con frecuencia, requerimiento de cirugía. Puede estar indicado un seguimiento posterior con quimioterapia y si el tumor es de evolución lenta, no sangra ni hay dolor, puede plantearse la alternativa de comenzar con hormonoterapia, la cual es más recomendable en pacientes postmenopáusicas. Y finalmente, se ha observado que una vez que el cáncer de mama ha llegado a la metástasis no tiene ninguna posibilidad de curación.

CÁNCER CERVICOUTERINO.

Los tumores del aparato genital femenino suponen un 24% de los cánceres en las mujeres. Si se incluye el cáncer in situ, el tumor ginecológico más frecuente es el cáncer del cuello uterino. El cáncer del cuello uterino es la primera o segunda neoplasia más frecuente en las mujeres, la edad media de las mujeres con cáncer cervical invasivo es de 48 a 53 años. La mayor parte de las tasas de incidencia ajustadas por edad, publicadas en Europa y Norteamérica oscilan entre diez y veinte casos nuevos por cada cien mil mujeres al año. En cuanto a las diferencias geográficas se conoce que las tasas de incidencia mas altas corresponden a Sudamérica, Sudeste asiático y Africa, mientras que las mas bajas se hallan en Oriente Medio, Irlanda y España (McVie, 1993 citado por Estapé, 1992).

En lo que se refiere a la causa inmediata de este padecimiento aún es desconocida, pero existen pruebas convincentes de que los factores de riesgo están relacionados con los hábitos sexuales femeninos, según lo establecido por Mcvie (1992 citado por Comité..., 1978) donde se afirma que:

- Es muy raro en las mujeres vírgenes.
- La incidencia es mayor en las mujeres casadas que en las solteras, especialmente en aquellas que se casaron jóvenes o que iniciaron precozmente sus relaciones sexuales. El riesgo es también mas alto cuando la mujer ha tenido múltiples parejas, o cuando el marido las ha tenido.
- Esta enfermedad se ha llegado a relacionar incluso con las condiciones socioeconómicas donde la posibilidad de presentarse este padecimiento es mayor en los niveles de menores ingresos.
- La incidencia aumenta con el número de embarazos, aunque este hallazgo es menos frecuente.
- Asimismo, las formas invasivas de los cánceres cervicales se asocian con frecuencia a la presencia del Papiloma Virus Humano (HPV).
- Además se ha implicado también al tabaco y al uso prolongado de anticonceptivos.

En cuanto al desarrollo de este tipo de cáncer, se ha llegado a conocer que en un principio, la lesión es simplemente una zona de displasia (crecimiento inadecuado), que produce un frotis anormal, pero sin que existan datos citológicos de invasión ni malignidad. El siguiente paso es el carcinoma in situ en el que se encuentra malignidad pero se limita a la capa del epitelio, donde a partir de aquí se produce ya la invasión (Comité..., 1978).

Se supone que esta evolución de displasia a tumor invasivo ocurre en todos los casos, aunque cabe destacar que no en todos los pacientes se sigue este desarrollo tan exacto.

A medida que la enfermedad avanza se extiende sobre todo en tres direcciones: hacia la pared vaginal y los fornix, al cuerpo uterino y a los parametrios. Cabe destacar que la expansión posterior engloba el útero, las metástasis a distancia no son frecuentes, siendo en la gran mayoría de los casos, una enfermedad que se limita a la pelvis, incluso en estadios muy avanzados. Precisamente en las fases finales, es frecuente la insuficiencia renal por obstrucción uretral debido a las metástasis en los ganglios siendo ésta la causa más frecuente de muerte en este padecimiento (Comité..., 1978).

En algunos casos, se ha observado que la cura puede ser con la amputación cervical, la cual es utilizada en mujeres jóvenes que desean tener hijos y que se comprometen a realizar un seguimiento correcto, mientras que en el resto de las pacientes de edad avanzada se realiza una histerectomía simple (cirugía la cual consiste en extirpar completamente el útero o matriz con o sin ovarios dependiendo el problema particular de cada paciente).

Aunque se tiene la opción de poder recurrir a procedimientos menos radicales cuando la enfermedad se diagnostica precozmente utilizando en estos casos la radioterapia. Esta técnica de radioterapia puede utilizarse en todos los estadios invasivos del cáncer cervicouterino (Comité..., 1978).

Asimismo, en los últimos años la quimioterapia se ha utilizado en los estadios avanzados de este tipo de cáncer, e incluso se recomienda el uso de la quimioterapia tras la cirugía o la radioterapia con carácter adyuvante (Comité..., 1978).

Pronóstico del cáncer cervicouterino.

El cáncer cervicouterino depende sobre todo del avance de la enfermedad, se habla de que la supervivencia a los 5 años de acuerdo con datos intencionales es en el estadio I de 70-85%, en el estadio II del 40-60 %, en el estadio III 30% y en el estadio 4 el 10%, es decir, que la clave del control del carcinoma de cervix es el diagnóstico precoz (Estapé, 1992).

CÁNCER DE TESTÍCULO.

Los tumores testiculares pueden surgir de las células germinales, de las células de la estroma gonadal, o de las células no gonadales, donde los tumores de origen en las células germinales abarcan el 92% de todos los tumores testiculares. Estas neoplasias merecen una especial atención debido a que la curación es posible en la gran mayoría de pacientes que son tratados correctamente y donde el éxito de las nuevas estrategias terapéuticas oncológicas ha significado una mejoría tanto del pronóstico como de la calidad de vida. (Solá, 1992).

El cáncer de testículo (germinal) representa el 1 % de todas las neoplasias malignas del varón. La incidencia anual es de un 2 por 100.000 de la población. Es el tumor más frecuente en el periodo comprendido entre los 20 y 34 años y la tasa de incidencia es cuatro o cinco veces más alta en blancos que en negros. (Hossfeld, 1992 citado por Moro, 1993).

El origen del carcinoma testicular es prácticamente desconocido. No hay evidencia de que existan factores genéticos, enfermedades infecciosas, o traumas físicos causantes directos de estos tumores. La administración de dosis altas de dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo multiplica por dos o por tres veces el riesgo de padecer cáncer de testículo en la descendencia masculina.

Los patólogos británicos consideran el seminoma como el único tumor germinal que da origen al cáncer, mientras que los restantes subtipos son de origen desconocido. Los seminomas representan el 35-40 % de todos los tumores germinales.

Los tumores germinales testiculares se diseminan inicialmente a través de los vasos linfáticos. La invasión de los ganglios sanguíneos indica que el tumor ha invadido el escroto. Los ganglios regionales de ambos testículos drenan a su vez dentro del praclavicular torácico y posteriormente en las cadenas ganglionares de la fosa supraclavicular izquierda y mediastino, así como a través del torrente sanguíneo. Esta diseminación hematogena se manifiesta sobre todo con la aparición de metástasis pulmonares, y con menor frecuencia con la afectación del hígado, Sistema Nervioso Central y huesos (Hossfeld, 1992 citado por Moro, 1993).

El síntoma inicial es el incremento sin dolor del tamaño del testículo. Este puede medir entre 1 hasta 10 centímetros. Muchos pacientes no aprecian la aparición de la hinchazón testicular y buscan atención médica debido solo a síntomas producidos por la invasión ya de las metástasis sin ellos saberlo. Acudiendo al médico cuando presentan lumbalgia debida a la diseminación ganglionar retroperitoneal; disnea y tos provocadas por las metástasis pulmonares; ginecomastia debida a la producción de gonadotropina crónica por las células tumorales y por pérdida de peso.

Es recomendable, observar que cualquier hinchazón testicular que no responda a una terapéutica médica adecuada de dos semanas de duración, debe generar la sospecha de cáncer y obligar a una inspección del testículo enfermo. Si la sospecha de tumor testicular permanece tras la inspección y palpación del testículo expuesto, debe procederse a la ligadura definitiva de los vasos y a la posterior orquiectomía (cirugía) con amputación alta del cordón espermático.

Los pacientes con estadios I, IIA y IIB son adecuadamente tratados con la orquiectomía inicial, con radioterapia de alta energía aplicada a los ganglios paraaórticos y pelvianos ipsilaterales. Los pacientes con estadio IIC tienen un alto porcentaje de recaídas (40 %) cuando se tratan solo con radioterapia; mientras que los pacientes portadores de un estadio III, una quimioterapia similar a la usada en los tumores no seminomatosos es el tratamiento recomendable (Hossfeld, 1992 citado por Moro, 1993).

Pronóstico del cáncer de testículo.

Alrededor del 75% de los pacientes se presentan con un estadio I en el momento del diagnóstico. Con orquiectomía y radioterapia profiláctica, el 95-100% alcanzan la curación. La tasa de curación del estadio IIA es de un 90%, y la del IIB del 80-85%. Las expectativas de los pacientes que tengan recaídas son también buenas utilizando las poli-quimioterapias modernas. Los enfermos en el estadio III mediante el uso de quimioterapias que incluyan el cisplatino el 70-80% de los pacientes consiguen una rehabilitación completa de larga duración dirigida hacia la curación. (Solá, 1992).

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER.

Hersch (1984 citado por Moro, 1993) afirma que el alcance psicológico de esta enfermedad esta influenciado por el miedo como la sociedad la percibe, ya que se centra en la pérdida de control y en la muerte. Esto puede provocar en el paciente un marcado estrés asociado a depresión, pérdida de apetito, decaimiento y en ocasiones respuestas negativa a los tratamientos médicos. Si bien las reacciones de estrés generado por un cáncer son universales, los factores como el tipo de tumor, la facilidad o dificultad para localizarlo, su situación y las manifestaciones externas influyen en la respuesta psicológica del enfermo y de su familia. Normalmente, si el tumor se encuentra en un lugar visible, fácilmente extirpable, causa menos miedo que si esta disseminado u oculto (Hersch, Schain y Hay, 1984 citado por Moro, 1993).

Sin embargo, y de acuerdo con autores como Ferrero y Barreto (1992) y Sara y Knigth (1992 citados por Moro, 1993), los pacientes con cáncer muestran gran variabilidad y no constituyen una muestra homogénea, ni en lo que respecta a su personalidad ni en sus reacciones a la enfermedad y al tratamiento. Así pues, como indican Benito, et al. (1986 citado por Rowland, 1989b), no podemos concluir la existencia de un perfil psicológico propio o específico de estos pacientes.

Psicoetiología del cáncer.

Hace algunos años, la medicina psicosomática planteó las primeras investigaciones sobre la importancia de los factores psicológicos en el desencadenamiento de la enfermedad cancerosa, centradas en tres hipótesis: 1) pérdida de una relación emocional entre ocho años y seis meses antes de la aparición de la enfermedad. 2) influencia de la personalidad previa del enfermo y 3) la influencia del estilo de vida del afectado. Estos estudios parecen convertir al sujeto como culpable de su enfermedad, según Epstein y Swartz, (1979 citado por Moro, 1992) y no tienen en cuenta otros factores sociales, culturales y ambientales que influyen también en el cáncer (Ibañez, 1988). Las investigaciones actuales se centran en el análisis del tipo de respuesta emocional que tiene el sujeto ante el conocimiento del diagnóstico y en la determinación de las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza para enfrentarse a la enfermedad. Los resultados de estas investigaciones, hacen referencia, cada vez mas, a la existencia de una relación entre determinadas variables psicológicas, principalmente las ligadas al estrés, y a la recurrencia del cáncer (Moro, 1993).

Como se señala a continuación, diversos estudios intentan explicar la relación entre el origen del cáncer y determinadas variables psicosociales, como son:

Variables del sujeto.

- Respuestas emocionales. Sentimientos de desesperanza y desamparo como consecuencia de la pérdida de una relación afectiva (viudez, divorcio, etc.) o de un ser querido, se han relacionado con el origen del cáncer o con un empeoramiento en su pronóstico. También se ha asociado con la incapacidad para expresar o modular emociones negativas así como agresión, represión o inhibición (Blanco y Navia, 1986 citado por Moro, 1993).

- Variables de personalidad. La estructura de la personalidad del sujeto, es decir, su reacción ante conflictos y experiencias traumáticas y los mecanismos de defensa que emplea, influyen como determinantes de las neoplasias. Existe una marcada tendencia a la represión de los afectos en los pacientes con cáncer, así como dificultad en la expresión de las tendencias emocionales (Segura, 1985 citado por Moro, 1993).

Actualmente, se plantea la cuestión de la incidencia del patrón de personalidad tipo C como influyente de la aparición de la neoplasia o como consecuencia de esta. Las personas que lo presentan se caracterizan por ser cooperadoras, olvidan sus propias necesidades en favor de los demás, reprimen las emociones negativas, son poco asertivas y como estrategias de afrontamiento utilizan principalmente la desesperanza, el desamparo y la impotencia (Baltrusch, et al., 1988; Ibañez, 1988; Ferrero y Barreto, 1992 citado por Rowland, 1989b).

- Depresión. Aunque los resultados son contradictorios, se tiende a asociar la alta depresión con el origen de la enfermedad y con un empeoramiento en la misma Blanco y Nava, (1986 citado por Moro, 1993).

- Otras variables del sujeto, como una historia personal de problemas físicos, pueden contribuir, según Witzel (1979 citado por Rowland, 1989b), al desarrollo de un cáncer. Asimismo, Worden y Weissman (1976-1977 citado por Rowland, 1989b), afirman que un 50 % de los pacientes que retrasan la primera consulta y tienen síntomas de cáncer presentan enfermedades psicológicas que oscilan entre estados fóbicos, leves o agudos, y psicosis Blanco y Navia, (1986 citado en Moro, 1993).

Variables ambientales.

Las variables ambientales han sido relacionadas con situaciones estresantes en las vidas de los pacientes, por ejemplo, la pérdida del empleo, problemas económicos, cambio de domicilio y enfermedad prolongada de un miembro de la familia Blanco y Navia, (1986 citado en Moro, 1993).

Posibles mediadores biológicos.

- Sistema neuroendócrino. La actuación de dicho sistema como mediador viene determinada por la influencia de la experiencia psicológica estresante y las emociones que ejercen sobre el hipotálamo, y que son responsables de la secreción de ACTH en la pituitaria que, al llegar a los cortes adrenales, produce la liberación de corticoides. La médula adrenal, debido a la estimulación simpática, libera catecolaminas, ambas hormonas están asociadas al estrés, y debido a dicho proceso el organismo se moviliza. Esta movilización puede tener consecuencias negativas sobre el medio endocrino que puede aumentar la vulnerabilidad a una neoplasia directamente, como ocurre en los tumores hormonodependientes, o indirectamente, alterando otros tejidos o sistemas que de alguna manera están implicados en el desarrollo de un cáncer, por ejemplo, el sistema inmunológico (Blanco y Navia, 1986 citado por Moro, 1993).

- Sistema inmunológico. Normalmente, este sistema actúa una vez que ya se ha producido la neoplasia, aunque también se presenta la mayor incidencia de tumores en personas con deficiencias inmunológicas y la potenciación de las enfermedades neoplásicas se presenta como consecuencia de intervenciones inmunosupresoras (Blanco y Navia, 1986 citado por Moro, 1993).

Respuesta Psicológica o emocional al cáncer.

Borysenko y Borysenki (1989 citado por Moro, 1993) indican que el diagnóstico de cáncer o su sospecha, el ajuste psicosocial a la enfermedad crónica y el miedo al tratamiento, a la aparición de metástasis o a la muerte, influyen en las respuestas psicológicas de los pacientes (Gómez, González y Llorca, 1988 citado por Moro, 1993). Un diagnóstico de cáncer conlleva una respuesta emocional en la que predominan la depresión, la disminución de la autoestima y la ansiedad. El término "calidad de vida" pretende englobar estas respuestas y evaluar aquellas "dificultades psicológicas que presenta el paciente oncológico a lo largo de su enfermedad" (Ibañez y Andreu, 1988).

El término como menciona este autor presenta distintas dimensiones: Física (referida a los aspectos somáticos de la enfermedad); Psíquica (relacionada con los problemas psicológicos que origina el cáncer); Social (referida a las relaciones del paciente) y Profunda (aspectos más individuales y subjetivos de su vida).

Para Barreto y Pascual (1991 citado por Moro, 1993) el concepto calidad de vida "evita las connotaciones negativas del término adaptación. Calidad siempre implica bienestar, mientras que adaptación puede significar la mera aceptación del hecho sin que suponga la necesidad de búsqueda de algo mejor". Sin embargo, Ferrero y Barreto (1992 citado por Moro, 1993) identifican calidad de vida con ajuste, adaptación o bienestar.

Tross y Holland (1989 citado por Rowland, 1989b) por su parte, ponen de manifiesto que la respuesta psicológica a una enfermedad amenazante para la vida (como lo es el cáncer) se debe principalmente a dos mecanismos:

a) Respuesta anticipatoria a la muerte. Koocher y O'Malley (1978 citado por Rowland, 1989b), la definieron como la sensación de tenue longevidad que produce ansiedad, depresión, sensación de daño corporal y miedo a recaer.

b) Respuesta residual al diagnóstico y tratamiento. En este caso la respuesta esta asociada a la preocupación por la muerte, a la sensación de vulnerabilidad y a una gran angustia emocional. Esta respuesta continua una vez transcurridos tres meses de realizarse el diagnóstico.

Siguiendo el esquema de Schavelzon (1988) sobre los factores que determinan la respuesta psicológica del sujeto se puede diferenciar determinantes primarios y determinantes secundarios.

Causas o Determinantes Primarios del cáncer.

- Biografía del sujeto. Enfermedades anteriores, tanto del paciente como de su familia, físicas y psicológicas, pueden determinar su respuesta psicológica o de afrontamiento al cáncer.

- La personalidad. Schavelzon (1988) destaca la influencia de la personalidad previa del sujeto como un elemento etiológico de la expresión psicológica con influencia en el pronóstico. Incluso el pronóstico depende, entre otros elementos orgánicos, de la actitud del paciente ante la enfermedad.

Con relación a esto, Lloyd (1990 citado por Moro, 1993) señala que los pacientes con rasgos obsesivos encuentran la enfermedad especialmente estresante, están llenos de dudas sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, y por ello buscan una información detallada y específica en su médico. Las personalidades dependientes aceptan muy bien la enfermedad, ya que esta les permite satisfacer sus necesidades de dependencia. Los enfermos con rasgos neuróticos tienen una percepción mayor del dolor (Salvador et al.,

1992 citado por Moro, 1993) señalan que los pacientes con rasgos hipocondríacos son mas demandantes de información y están mas estresados ante situaciones referidas a la salud.

La mujer sufre mayores trastornos en relación con la expresión de los sentimientos, motivado esto en parte porque al hombre culturalmente no se le permite expresar sus sentimientos de igual manera que a la mujer, y por esa razón reclama menos ayuda (Kaufman, 1989). La familia y los amigos pueden ser fuente de angustia o de confort (Lloyd, 1990 citado por Moro, 1993).

El deterioro psicológico del paciente guarda una estrecha relación con la pérdida del apoyo social, aunque no esta clara todavía esta asociación (Rowland, 1989b).

Se dice que elementos orgánicos de la enfermedad como la naturaleza específica de la malignidad del cáncer, el dolor, la dependencia o el desfiguramiento son factores estresantes que influyen en la alteración psicológica del enfermo. Ibañez, et al. (1988) recogen la importancia del tipo de tumor a la hora de valorar los aspectos psicológicos de estos pacientes.

Causas o Determinantes Secundarios del cáncer.

1) Factores no orgánicos y circunstanciales.

- El diagnóstico. Tanto si el paciente conoce el verdadero diagnóstico como si no lo conoce, este ejerce una clara influencia en su respuesta emocional, como ya se indicó anteriormente.

- Relación médico-paciente y estructura asistencial y hospitalaria. La comunicación que se establece entre el enfermo y el equipo médico puede influir en la forma de reaccionar ante la enfermedad y de colaborar en el tratamiento.

2) Factores orgánicos: la situación clínica y los efectos de los tratamientos.

Ibañez, y Andreu (1988) señalan la importancia del estadio de la enfermedad al analizar los aspectos psicológicos de los enfermos de cáncer.

Por lo que respecta al efecto de los tratamientos, es fácil separar las respuestas emocionales de las que resultan del tratamiento, a la enfermedad en sí (Lloyd, 1990 citado por Moro, 1993). Para ambos sexos el deterioro corporal producido por los tratamientos y por la propia enfermedad es traumatizante, aunque según Kaufmann (1989) dicho deterioro influye mas negativamente en la mujer que en el hombre, a pesar de que a medida que aumenta el nivel social estas diferencias disminuyen.

Tamoroff et al. (1992 citado por Moro, 1993) realizaron un estudio en el que pretendían especificar los factores demográficos que influían tanto en el tratamiento como aquellos aspectos psicológicos que se podían diferenciar en los pacientes con cáncer.

Los resultados obtenidos indican que los pacientes no diferían en variables demográficas tanto como en la edad o el sexo, ni en las variables referidas al tratamiento tanto como en la duración, continuidad o complejidad del mismo.

Sin embargo, el análisis de los aspectos psicológicos manifestaba que los pacientes que tenían poco involucramiento en el régimen terapéutico habían desarrollado menos conceptos de la enfermedad (en particular los referidos a la causalidad y el pronóstico), menos percepción de vulnerabilidad, niveles más altos de negación y de defensa psicológica y predecían un futuro más incierto. Es decir, los pacientes que constituían su propio punto de vista de la enfermedad y del tratamiento se involucraban de mejor manera en este y colaboraban en mayor medida. (Rowland, 1989b)

a. Quimioterapia. En sí mismo un tratamiento de quimioterapia no tiene expresión emocional propia, sino que en cada individuo, en su biografía y circunstancias personales, se expresará de un modo diferente. Los síntomas anímicos, tanto del paciente sometido a este tratamiento como de su familia, suelen ser muy confusos. Halttunen (1978 citado por Rowland, 1989b) ha comprobado que la quimioterapia es lo que más deprime al paciente y que es sentida como el tratamiento más perturbador (Schavelzon, 1988). Debido a que es el tratamiento más utilizado contra el cáncer, sus efectos secundarios se convierten, en la mayoría de las ocasiones, en las características psicológicas más importantes de la enfermedad a las que el paciente tiene que dar respuestas, ya que se conoce que puede tener como consecuencias:

- Alopecia. En muchos casos, es el efecto secundario que más asusta a los enfermos, condicionando claramente su adaptación a la caída cotidiana del cabello evitando todo contacto social. Hay que tener en cuenta que los pacientes no siempre creen que la alopecia es en realidad temporal hasta que no lo comprueben por sí mismos (Schavelzon, 1988).

- Problemas sexuales. La lesión de los epitelios germinales provoca con gran frecuencia amenorrea en la mujer y azoospermia en el hombre. En las mujeres habitualmente cesa la menstruación durante el tratamiento y aparecen síntomas menopáusicos debido al bajo nivel hormonal. Si solamente se ha aplicado quimioterapia, lo normal es que entre cuatro y ocho meses después de la finalización del tratamiento hayan desaparecido estos problemas.

- Náuseas y vómitos. Holland y Rowland (1989 citado por Rowland, 1989b) y Kornblith et al. (1992 citado por Rowland, 1989b) señalan que el 39 % de un grupo de pacientes con un linfoma de Hodgkin habían tenido náusea en los últimos seis meses como consecuencia de olores o sensaciones que le recordaba la quimioterapia. En otro estudio (Kornblith et al, 1992 citado por Rowland, 1989b), señala que esta cifra se incrementa hasta el 51% para enfermos del linfoma de Hodgkin sometidos a determinados protocolos de quimioterapia.

- Cansancio y/o Debilidad. Fobair et. al. (1986 citado por Rowland, 1989b), señala que el 37% de pacientes de un linfoma de Hodgkin de acuerdo a un estudio realizado por el mismo, no se sentían satisfechos con su fuerza vital nueve años después.

- Cambios de peso: Delgadez u Obesidad. Normalmente la disminución de peso se interpreta como signo de que la enfermedad avanza. Tanto la obesidad como la pérdida de peso, unida a la alopecia, pueden producir deterioro de la apariencia física y ocasionar pérdida de autoestima y autoconfianza.

- Consecuencias psicológicas derivadas del tratamiento y de la propia enfermedad.

- Otros efectos secundarios presentados son: estomatitis, adormecimiento, zumbido de oídos, problemas de movilidad, etc.

Para lograr que la quimioterapia y la radioterapia tengan los menores efectos secundarios no debe hablarse de ella en la misma sesión en la que se les comunica el diagnóstico, sino que se debe indicar la importancia de la colaboración y disposición del paciente durante el tratamiento; por esta razón es adecuado que en la conversación con el médico este presente el paciente.

Estudios como el de Cull (1990 citado por Moro, 1993) confirma que las consecuencias de los tratamientos de quimioterapia incluyen deterioro cognitivo, náuseas y vómitos, alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales y mayor riesgo de alteraciones psicológicas. A partir de un estudio sobre los efectos secundarios de la quimioterapia en un grupo de 238 pacientes con cáncer de mama o linfoma maligno, Love et al. (1989 citado por Moro, 1993) determinan que el 80 % de los enfermos presentan náuseas, alopecia y cansancio. En el sexto ciclo, el 46 % ha pensado en abandonar la quimioterapia, aunque solamente unos pocos lo comentan este pensamiento al equipo médico. Pero a medida que avanza el tiempo, los pacientes son más conscientes de la dificultad de los tratamientos quimioterapéuticos, dependiendo del régimen que se les aplique y del número de efectos secundarios que hayan experimentado ante ello.

b. Radioterapia. Los efectos son similares, pero normalmente menos acentuados que para la quimioterapia.

c. Tratamiento quirúrgico: Transplante de médula ósea. Los problemas más comunes que suelen aparecer de acuerdo a lo establecido por Lesko (1989 citado por Moro, 1993) son: excesiva dependencia, conductas regresivas, excesivas demandas, manipulación del personal y de la familia y hostilidad hacia el personal médico. Los trastornos más frecuentes son depresión y ansiedad, que pueden generar formas de suicidio pasivo, como la negativa a tomar los medicamentos o a problemas con la comida.

d. Aislamiento. Estudios como los de Kellerman et al. (1986 citado por Moro, 1993) señalan que los pacientes en esta situación presentan depresión, ansiedad, sueño irregular, regresión y en ocasiones desorientación. Sin embargo, otras investigaciones, como las de Holland et al. (1989 citado por Rowland, 1989b), no encuentran problemas psicológicos especiales en estas circunstancias, aunque los enfermos muestren una lógica ansiedad ante su entorno.

e. Finalización del tratamiento. La incidencia de la finalización del tratamiento puede causar problemas psicológicos, principalmente por el miedo del paciente a una posible recaída. En consecuencia, el paciente empieza con una desconexión del hospital y de los médicos que le protegían contra la enfermedad. (Moro, 1993).

Dhoment (1988 citado por Moro, 1993) define este síndrome como el conjunto de problemas que los pacientes pueden sufrir cuando pasan, del periodo de remisión de la enfermedad a la consiguiente posibilidad de encontrar dificultades en el proceso de adaptación a su nueva situación. Schavelzon (1988) advierte que los niveles de ansiedad y depresión son más graves al terminar el tratamiento que al principio.

f. Alteraciones psíquicas producidas por los diferentes fármacos antineoplásicos. Los agentes antineoplásicos pueden producir diversos cuadros psicopatológicos, como son: trastornos afectivos, depresión, ansiedad, miedos y alucinaciones visuales y auditivas, entre otros, (Moro, 1993).

Por otro lado, Massie (1989 citado por Moro, 1993) establece hasta cuatro tipos de ansiedad en el paciente oncológico:

1. Ansiedad reactiva en situación de crisis. Puede relacionarse con lo que el DSM III clasifica como un trastorno de adaptación.
2. Ansiedad relativa ante las influencias médicas, lo que en el DSM III clasifica como síndrome orgánico de ansiedad.
3. Ansiedad relativa ante trastornos de ansiedad preexistentes. Incluye fobias generadas por algún aspecto del cuidado médico, desórdenes de pánico y trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático.
4. Estados especiales de ansiedad provocados por el tratamiento de la neoplasia: Ansiedad ante el fin del tratamiento, náuseas y vómitos anticipatorios.

Investigaciones realizadas por Derogatis y Kahn (1993 citado por Moro, 1993) sobre la percepción de los pacientes y de los médicos acerca de la sintomatología psicopatológica, señalan que para los pacientes "los estadios clínicos y el diagnóstico no tienen mayor influencia en la referencia de sintomatología psíquica; que los pacientes se presentan a sí mismos como deprimidos; que la sintomatología es más expresiva cuanto más joven es el paciente, y que todos creen que es su médico quien debería ocuparse de este aspecto" (Schavelzon, 1988). Derogatis et al. (1983 citado por Moro, 1993) también concluyen que los trastornos más importantes encontrados son depresión y ansiedad.

Finalmente, en un principio las intervenciones psicológicas en los pacientes con cáncer estaban dirigidas a prepararles para "una buena muerte". Sin embargo, a partir de los años 70 comienza la preocupación por proporcionarles estrategias personales adecuadas para que puedan afrontar la enfermedad y adaptarse a ella. En la actualidad, los profesionales no

se interesan solamente por la recuperación física de sus pacientes sino que también atienden a su integridad social y psicológica, intentando lograr una mejora de sus condiciones de vida, es decir, procuran una mayor calidad de vida para estos enfermos. Lo que se pretende es enseñar al paciente a vivir con su cáncer. (Moro, 1993).

Según Bayes (1985 citado por Moro, 1993), el paciente canceroso necesita ayuda psicológica cuando sus reacciones emocionales le impiden buscar tratamiento o cooperar en él; cuando su comportamiento le provoca más dolor y malestar que la enfermedad misma; cuando sus reacciones emocionales perturban actividades cotidianas como leer o trabajar, y cuando sus reacciones se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales.

En opinión de Massie, Holland y Straker (1989 citado por Moro, 1993) las intervenciones psicosociales con los pacientes oncológicos deben conseguir conductas de afrontamiento mediante instrumentos educativos o psicoterapéuticos que incrementan la autoestima y las habilidades de afrontamiento, al tiempo que hagan disminuir la angustia y ansiedad. Los autores plantean las siguientes intervenciones, donde el apoyo psicológico al paciente y a su familia deben apoyarse por todas las personas que colaboran en su cuidado y no solamente por el psicólogo, teniendo los siguientes instrumentos educativos y psicoterapéuticos:

- Educativas

Con el paciente:

- Clarificar la información acerca de la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios y el sistema médico.
- Reforzar la información ofrecida por el personal médico o sanitario.
- Explicar reacciones emocionales esperadas.
- Identificar recursos comunitarios.

Con la familia:

- Incitarla a que realice las preguntas que desee.
- Prepararla para los problemas más comunes a los que se va a enfrentar, en su casa y en el trabajo.
- Facilitar su comunicación sobre la enfermedad con otras personas como doctores, amigos, familia.
- Realzar su comprensión de la enfermedad del paciente, su tratamiento y sus respuestas emocionales, y hacerle recomendaciones para facilitar su comunicación con el personal médico.
- Realzar su comprensión de las reacciones del paciente a la enfermedad y hacerle recomendaciones que faciliten su comunicación con el personal sanitario.
- Clarificar las razones de la conducta del paciente explicando los criterios con los que debe ser tratado.

Con el responsable de su trabajo:

Explicar las razones de las ausencias, problemas físicos, agobio o presión en el trabajo y sus respuestas emocionales; todo ello con el consentimiento del enfermo.

- Psicoterapéuticas

El impacto de la enfermedad en los miembros de la familia y su respuesta.

Identificar reacciones psicopatológicas preexistentes.

Revisar las decisiones requeridas por el tratamiento.

Animarla a compartir con el paciente aspectos y sentimientos sobre la enfermedad.

Establecer reuniones con el enfermo y la familia para animarles a compartir las emociones sobre la enfermedad.

Identificar a los niños que puedan ser vulnerables ante la situación y que puedan necesitar asistencia.

Este grupo de enfermos se presenta especialmente dependiente del entorno social debido a la aparición de sentimientos como la pérdida de control, de poder y de inferioridad, que se agravan cuando no pueden valerse por sí mismos. En estas circunstancias el soporte social puede ayudarle a disminuir esos sentimientos de pérdida de autoestima.

Sin embargo, el entorno social no sabe como puede ayudar a este grupo de pacientes, que más que en otros tipos de patologías, sienten miedo de sus mensajes, implícitos o explícitos, o de manifestar una conducta demasiado optimista. Tampoco saben como deben ofrecer ese apoyo, ya que a veces el paciente con cáncer mal interpreta las actitudes de ayuda. Todo ello puede motivar una falta de apoyo social, pues se produce un desajuste entre las necesidades de los enfermos y el tipo de apoyo dado, su fuente de procedencia y su tiempo de duración.

Es muy importante tener en cuenta el momento del ciclo evolutivo del enfermo a la hora de evaluar el apoyo, debido a que existen períodos en los que ese apoyo reporta efectos más rápidamente (Moro, 1993).

También el tiempo que lleven diagnosticados y la naturaleza de la enfermedad puede provocar diversas respuestas de apoyo en momentos diferentes de la vida (Rolawnd, 1989b). Por lo que es necesario empezar a destacar la queja de gran número de pacientes acerca de que no pueden hablar con nadie sobre la enfermedad (Ibañez y Andreu, 1988), lo cual se verá en un capítulo más adelante.

1.2 AFRONTAMIENTO

Las teorías contemporáneas del estrés, surgen a partir de los trabajos de Selye (1940 citado por Buendía, 1991) quien establece el concepto de estrés desde una perspectiva medicobiológica, considerándolo como un estado fisiológico manifestado por el "síndrome general de adaptación".

Selye, (1940 citado por Buendía, 1991) considera que la manifestación del estrés a través de este síndrome se da a partir de la emisión de respuestas no específicas con el fin de lograr una adaptación tanto a las demandas internas como externas, dando importancia a estas demandas sin interesar si los estresores son placenteros o no.

El interés sobre el tema del estrés se ha incrementado a raíz de esta perspectiva, surgiendo una gran cantidad de investigaciones que tratan de esclarecer la relación que existe entre el estrés y la enfermedad, como lo es la perspectiva psicosomática clásica en la cual se considera que la aparición de una enfermedad es causada por un conflicto intrapsíquico específico, inclusive aún en ausencia de una enfermedad física predisponente. De esta forma un conflicto específico (emoción) o una actitud predispone a una persona a una enfermedad.

De esta aproximación se han derivado dos principales líneas de investigación; primero la que establece que la personalidad puede ser un factor etiológico y en la segunda en la que se establece que algunos estados psicológicos constituyen elementos importantes de la enfermedad.

Una tercera perspectiva de investigación es la llamada "eventos de la vida", aquí se establece la importancia de las crisis de la vida y sus efectos adversos en la salud.

Otra perspectiva llamada "patogénia conductual" toma en cuenta los estilos de vida y la conducta refiriéndose a los hábitos personales y a los estilos de vida conductuales como factores etiológicos importantes de muchas enfermedades. Aquí el estrés puede tener consecuencias significativas indirectas si influye en las conductas que son relevantes para mantenerse saludable.

Una quinta aproximación se sitúa en el nivel de macrofactores socioculturales y su efecto sobre la vulnerabilidad a la enfermedad y al estrés, de acuerdo a esta aproximación se establece que la cultura no solo influye en las creencias, actitudes y conducta social sino que también por consecuencia en los patrones de enfermedad de las personas.

Por otro lado, en una aproximación más acerca del estrés encontramos la llamada perspectiva transaccional, siendo su principal promotor Richard Lazarus, y en donde el concepto de afrontamiento es un concepto central.

Según Lazarus (1984) en la mayoría de las teorías el estrés generalmente es definido como un estímulo o como una respuesta.

Cuando se considera un estímulo se hace hincapié en los estímulos del entorno suponiendo por lo tanto que ciertas situaciones son de forma universalmente estresantes sin tomar en cuenta las diferencias individuales dentro de la evaluación de dichas situaciones mientras que, cuando se considera al estrés como una respuesta, se hace referencia al estado del estrés considerando al individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés como si estuviera bajo estrés.

Para Lazarus (1984) el considerar el estrés como una respuesta o como un estímulo es limitado, por lo que establece la necesidad de determinar de forma específica aquellas condiciones bajo las cuales ciertos estímulos resultan estresantes; definiendo al estrés como "el resultado de una interacción entre el sujeto y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus, 1986).

Lazarus (1986) propone que en esta interacción individuo-entorno existen dos procesos críticos: La evaluación cognitiva y el afrontamiento.

EVALUACIÓN COGNITIVA

La evaluación *cognitiva*, es definida por Lazarus (1986) "como un proceso evaluativo que determina porqué y hasta que punto una relación determinada o una serie de "relaciones entre el individuo y el entorno es estresante", es algo evaluativo que hace referencia a las repercusiones y consecuencias y que además tiene lugar de forma continua durante todo el estado de vigilia aunque también puede estar determinada por datos de los que el individuo no tiene conciencia.

Existen dos tipos de evaluaciones:

1. Evaluación primaria: Son evaluaciones que se realizan a diferentes acontecimientos ya sea que estos se evalúen como:

a) Irrelevantes. Cuando el contacto con el entorno no tiene implicaciones para el individuo, es decir no hay interés por las consecuencias ya que no se involucran valores ni compromisos.

b) Benigno-positivas. Cuando las consecuencias del contacto con un estímulo son valoradas como positivas, preservando, ayudando o logrando el bienestar. Su característica es generar emociones placenteras.

c) Estresantes. Entre estas se contemplan el daño/pérdida, amenaza y desafío. Refiriéndose a la amenaza como aquellos desafíos o pérdidas que aún no ocurren pero que se prevén y aunque ya hayan tenido lugar sigue siendo amenazantes por las consecuencias negativas que implican. Este tipo de evaluación del estrés permite la aparición del afrontamiento anticipativo. Mientras que por otro lado en el desafío se evalúan las fuerzas necesarias para

vencer en la confrontación generando emociones placenteras. Tanto la amenaza como el desafío pueden coexistir.

2. Evaluación secundaria: Esta es descrita como aquella forma de evaluación dirigida a determinar que puede hacerse pero no sólo se limita a determinar aquello que puede hacerse si no que además evalúa diferentes aspectos como son las opciones afrontativas por medio de las cuales se obtendrá la seguridad que una opción de cumplirá con lo que se espera así como la efectiva aplicación de las estrategias de afrontamiento además de evaluar las consecuencias que surgen de utilizar determinado afrontamiento.

Estos dos tipos de evaluaciones tanto la primaria como la secundaria interaccionan entre sí para determinar el grado de estrés, así como la intensidad y la calidad de la respuesta emocional.

3. Otro tipo de evaluación es considerada por Lazarus (1986) y denominada Reevaluación la cual es definida como "una nueva evaluación de una situación que sigue a otra evaluación previa y que es capaz de modificarla", es decir, puede introducirse un cambio en la evaluación inicial, el cual se presentará ya sea debido a una nueva información recibida del entorno o por información proveniente de las propias reacciones de este, cuando la reevaluación es el resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento por lo que siendo así se denomina evaluación defensiva.

Lazarus (1986) también plantea que existen ciertos factores que influyen en la evaluación de forma que el individuo determinará que es lo más sobresaliente para conservar el bienestar y el modo en como el individuo entiende la situación para poner en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento. Estos factores determinaran las bases con las que se evaluarán los resultados. Estos factores se dividen en:

1. Factores personales. Entre estos se encuentran las creencias y los compromisos del individuo. Al hablar de compromisos Lazarus (1986) se refiere a todo aquello que es importante para el individuo determinando sus decisiones, estos compromisos afectan la evaluación cognitiva ya que acercaran o alejaran al individuo de aquellas situaciones que representan amenaza, desafío o beneficio. Cuando este compromiso es mayor también es mayor la probabilidad de amenaza y de desafío. La intensidad del compromiso llevar al individuo a realizar acciones adaptativas que le darán esperanzas.

Por otro lado, las creencias determinarán la forma en que una persona evaluará lo que ocurre u ocurrirá a su alrededor.

Existen también creencias específicas que son importantes para la evaluación. Según la teoría del estrés estas son las creencias existenciales y las referidas al control personal ya sea del entorno o de sí mismo, estas influyen tanto en la emoción como en el afrontamiento. Las creencias existenciales permiten al individuo encontrar un significado y poder mantener su esperanza en situaciones difíciles.

Estos factores (creencias y compromisos) actúan de forma independiente con los valores situacionales para determinar el grado en que se experimenta desafío/pérdida, amenaza, desafío.

2. Factores situacionales. Aquellas características formales de una situación que originan la posibilidad de amenazas, daño o desafío como son:

Novedad de la situación: Cuando es nueva una situación provocará amenaza sólo si algunos aspectos de ésta se han relacionado alguna vez con algún daño.

Incertidumbre. La incertidumbre temporal genera una actividad de afrontamiento encaminadas a reducir las reacciones al estrés.

Ambigüedad. Cuando más ambigua es la situación, intervienen más factores personales que determinarían lo importante que es para el individuo esa situación. La ambigüedad puede tanto aumentar como reducir la amenaza.

La cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital. Se considera que si los acontecimientos cronológicos de la vida suceden a destiempo se caracterizarán por ser estresantes.

AFRONTAMIENTO

Por otro lado, además de la evaluación cognitiva como proceso crítico en la interacción del individuo y su ambiente, también existe otro proceso llamado afrontamiento el cual actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos en el individuo, se ha estudiado en dos corrientes teórico-empíricas:

La primera derivada de la experimentación tradicional con animales, en donde se define frecuentemente al afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas.

La segunda línea es la derivada de la teoría psicoanalítica del yo, donde se define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reduce el estrés. Aquí la conducta es considerada de menor importancia que el factor de cognición. Esta corriente hace referencia a varios procesos utilizados por el individuo para manipular la situación como son: los procesos más organizados y maduros del yo, las defensas, los procesos de fragmentación o fracaso del yo (Menniger, 1963; Haan, 1969 y Vaillant, 1997 (citados por Lazarus 1986).

Al llevar al ámbito de la medición (esta última corriente) estos modelos se han limitado por lo general a clasificar a los individuos para poder predecir en que forma afrontaría un determinado proceso estresante, llevando a considerar al afrontamiento como un rasgo. Sin

embargo, a raíz de que la corriente da mayor peso al factor cognición, origina una estructura de teorías y de investigaciones sobre los procesos cognitivos los cuales son considerados como mecanismos de control.

Dentro de estas corrientes encontramos la propuesta por Lazarus (1984) quien considera al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y las internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Esta definición describe varias características del afrontamiento como son:

- 1.- El afrontamiento contempla aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren de una movilización, excluyendo aquellas conductas o pensamientos automatizados que no requieren de ningún esfuerzo.
- 2.- El afrontamiento es considerado como los esfuerzos para manejar lo que significa cualquier cosa que el individuo haya o piense independientemente de los resultados que con ella obtenga.
- 3.- El afrontamiento no es sinónimo de dominio y a través de los esfuerzos se pretende minimizar, evitar, tolerar, y aceptar las condiciones estresantes, así como intentar dominar el entorno.
- 4.- Por último, el afrontamiento es un proceso debido a que es totalmente cambiante ante demandas y conflictos específicos, siendo tres los aspectos que lo caracterizan como un proceso:

El primero, se refiere a las observaciones y valoraciones que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que éste generalmente hace o haría en determinada situación. .

El segundo, a lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico para evaluar y entender la forma de afrontar la enfermedad.

Y el tercero, habla de un proceso de afrontamiento que significa cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción de los mismos se van desarrollando.

Como el afrontamiento es un proceso cambiante, el individuo en determinadas situaciones debe contar con varias estrategias ya sean defensivas, o bien que sirvan para resolver el problema, a medida que va cambiando la situación.

El significado del afrontamiento como proceso puede observarse en la duración del duelo y de los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida. El proceso de afrontamiento puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien puede durar solo algunos meses.

El hecho de que el afrontamiento sea cambiante es consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la variante relación entre el individuo y el ambiente. Estas variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a modificar el entorno o su situación interior, modificando por lo tanto el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo, mientras que el proceso de reevaluación influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto el proceso de afrontamiento se haya influido por las reevaluaciones cognitivas de la persona, que siguen y modifican a la evaluación (Lazarus, 1984).

El afrontamiento describe tres etapas: anticipatoria o de aviso, de impacto o de confrontación y de postimpacto o postconfrontación. La forma de bienestar es evaluada de forma distinta en las diferentes etapas y da lugar a las diversas formas de afrontamiento, Lazarus (1966 citado por Lazarus, 1986).

Anticipación:

Durante la anticipación el suceso no ha ocurrido y por lo tanto se evalúan aquellos aspectos que incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra, su naturaleza y el momento en que ocurre. Mientras las personas esperan una amenaza, sus pensamientos sobre estas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y el afrontamiento.

Periodo de Impacto:

Durante esta situación se pierde el control de los pensamientos y acciones cuando el acontecimiento amenazante ha empezado o ha terminado y por lo tanto el individuo comienza a comprobar si es igual o peor de lo que él anticipaba y en que aspectos.

Es aquí cuando se presentan las reevaluaciones o redefinición de la situación, la cual consiste en que el individuo encuentra diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercer durante el acontecimiento reevaluando por tanto su importancia.

Postimpacto:

En este periodo emergen nuevas consideraciones en el que el individuo descubre la realidad de lo que esta ocurriendo y lo que puede hacer al respecto, siendo esto lo que afecta al afrontamiento.

A pesar que el acontecimiento estresante haya finalizado, el analizar suscita todo un conjunto de nuevos procesos anticipatorios. Inclusive el periodo de impacto contiene una serie de procesos de evaluación y afrontamientos dirigidos no solo al pasado y al presente sino también al futuro, ya que los daños ocurridos contienen también elementos de amenaza en un sentido anticipatorio ya que en su interacción con el entorno descubre lo que esta sucediendo y lo que puede hacer al respecto, lo cual modificará su afrontamiento; similarmente los cambios en la relación individuo-entorno resultantes de la conducta

realizada durante la interacción estresante pueden aclarar la necesidad de regular algunas acciones.

Por otro lado, lejos de que el afrontamiento únicamente sirva para resolver algún problema, también tiene una función, emocional siendo no el resultado del esfuerzo cognitivo o conductual empleado sino que es el objetivo que persigue cada estrategia.

La función del afrontamiento es considerada dentro de varias corrientes teóricas como son las del sistema de procesos del yo, la perspectiva socioeconómica o bien las del contexto salud-enfermedad.

Lazarus (1980 citado por Lazarus y Folkman, 1986) diferencia dos funciones principales del afrontamiento, la primera cuando el afrontamiento está dirigido a manipular o alterar el problema es llamado "afrontamiento dirigido al problema". Y la segunda función, cuando el afrontamiento está dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar, es llamado "afrontamiento dirigido a la emoción".

Este último tipo de afrontamiento, muy probablemente aparecerá cuando la evaluación hecha, está basada en que no se podrá hacer nada para modificar las condiciones adversas mientras que el afrontamiento dirigido al problema aparezca más probablemente cuando las condiciones son evaluadas con posibilidades de cambio. Sin embargo, tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro. Al hablar de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, Lazarus (1986) también diferencia una amplia variedad de estrategias como son:

- 1.- Las dirigidas a disminuir el grado del trastorno emocional. Aquí se incluyen estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de los valores positivos de acontecimientos negativos.
- 2.- Las estrategias dirigidas a aumentar el grado del trastorno emocional, donde los individuos minimizan libremente su grado de trastorno para arrojarle a sí mismo a la acción.
- 3.- Las estrategias dirigidas a modificar la vivencia similar a una reevaluación, llevadas a cabo con el fin de disminuir la amenaza modifican la forma de vivir la situación pero sin cambiarla objetivamente.
- 4.- Las estrategias dirigidas a cambiar directamente el significado del acontecimiento por medio de la reevaluación cognitiva ya sean que se logre el cambio por medio de una interpretación realista de las señales emitidas por medio de la distorsión de la realidad, la cual lleva a la autodecepción de forma inconsciente.
- 5.- Aquellas estrategias dirigidas a cambiar el significado del acontecimiento pero sin distorsionar directamente la realidad que llevan a la decepción.

Por otro lado, encontramos una diversidad de estrategias dirigidas al problema, las cuales se dirigen a la definición del problema, o las búsquedas de soluciones alternativas considerando el costo, beneficio, elección y aplicación de dichas alternativa, haciendo no solo referencia al entorno sino al interior del sujeto. Kahan (1964 citado en Lazarus y Folkman, 1986) establece 2 grupos de estrategias:

1. Las que hacen referencia al entorno y que están dirigidos a modificar las presiones ambientales, los recursos y procedimientos, etc.
2. Las que hacen referencia al sujeto las cuales están encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos como por ejemplo, la variación en el nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, al desarrollo de nuevas pautas de conducta, etc.

Como ya se había mencionado ambas estrategias, tanto las dirigidas al problema como las dirigidas a la acción coexisten, es decir, son utilizadas con el fin de afrontar demandas internas y externas originadas por situaciones estresantes. Sin embargo, la forma en que se afronte la situación dependerá de los recursos de que disponga el sujeto y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos dentro de una interacción.

Cuando Lazarus (1986) habla de que una persona tiene recursos, hace referencia de que además de disponer de estos recursos, cuenta con habilidad para aplicarlos a distintas demandas del entorno.

Al considerar estos recursos Lazarus (1986) contempla los siguientes:

1. Los recursos físicos como salud y energía
2. Los recursos psicológicos como las creencias positivas.
3. Los recursos sociales y de resolución de problemas.
4. Los recursos sociales y materiales.

En muchas ocasiones estos recursos son adecuados para las demandas del entorno, sin embargo, el individuo no los utiliza al máximo porque de hacerlo crearía dificultades y perturbaciones adicionales.

Estos factores que restringen el afrontamiento del entorno son llamados coactores y algunos derivan de factores personales los cuales dependen del entorno. De esta forma Lazarus (1986) identifica varios coactores:

1. Las condicionantes personales, son aquellos valores y creencias internalizados que prescriben ciertas formas de acción y de sentimientos. También se refiere a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo.
2. Las condiciones ambientales, las cuales existen tanto en el ambiente como en el individuo ya que puede haber recursos que son finitos y se debe decidir como distribuirlos.

3. Grado de amenaza. El grado de amenaza en que una persona se siente amenazada dependerá de su evaluación de los recursos de que dispone y de los condicionantes que limitan su aplicación y por lo tanto el grado de amenaza influye en el grado en que tales recursos se aplicaran.

Cuando se experimenta mayor amenaza resultan ser más primitivos, desesperados o regresivos los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitadas las opciones de los modos dirigidas al problema, interfiriendo en estos últimos sus efectos sobre el funcionamiento cognitivo y la capacidad de procesamiento de la información.

PATRONES DE AFRONTAMIENTO EN EL CÁNCER

La información relevante de otras enfermedades podría ser usada para entender los procesos de afrontamiento en el cáncer. Muchas de las enfermedades y tratamientos se presentan paralelamente con la confrontación del paciente, así como la desfiguración y la experiencia del dolor, (Hamburg et al., 1953, Anderson y Norris, 1972 citados por Rowland, 1989a) la incapacidad emocional y física que se asocia con situaciones traumáticas, (Marker, 1972 citado por Rowland, 1989) el problema del Sistema Nervioso Central que se asocia con poliomielitis, (Visotsky, 1961 citado por Rowland, 1989a) los problemas de medición crónica y lento deterioro que atacan a la diabetes, (Hamburger, 1980 citado en Rowland, 1989a) y la silenciosa naturaleza de la enfermedad y la incertidumbre y visión del futuro que ataca el diagnóstico de la enfermedad del corazón (Weisman y Hackett, 1977 citado por Rowland, 1969).

Los pacientes con cáncer han llevado recientemente al exhaustivo escrutinio para determinar aquellos patrones de afrontamiento específicos del cáncer.

En sus trabajos Weissman y Worden (1976-1977 citado por Rowland, 1989c) evalúan el uso de 15 comunes estrategias de afrontamiento observadas en una muestra de pacientes con cáncer durante los tres primeros meses después de su diagnóstico. Encontrando las siguientes estrategias de afrontamiento: redefinición, supresión, desplazamiento, negación de la responsabilidad, racionalización-intelectualización, conformismo, confrontación, fatalismo, reducción de la tensión, autocomparación entre otros.

Weissman y Worden (1976-1977 citado por Rowland, 1989c) concluyen que las más efectivas estrategias reflejan una abierta aceptación del cáncer, seguido por respuestas asignadas a negociar con la enfermedad y con los problemas que ocurran de acuerdo a una consideración realista. Las estrategias menos efectivas fueron aquellas que enfatizaban retroceso, evitación, pasividad, sometimiento, culpabilidad, y "apatía".

Weissman y Worden, (1976-1977 citado por Rowland, 1989c) también encontraron un número de características asociadas con altos y bajos niveles de angustia y vulnerabilidad. Entre las características relacionadas con altos niveles de registro se encuentra, el pesimismo, problemas maritales, cambios recientes en la vida, síntomas físicos, pocas expectativas de apoyo familiar, obstrucción de su desarrollo sobre la familia, trabajo y vida

personal debido a la enfermedad, sentimientos de abandono, etc. Mientras que entre las características que estaban relacionadas con bajos niveles de estrés se encontraron al optimismo, pocos problemas maritales, mayor resolución de problemas, apoyo adecuado por parte de su familia y del equipo médico.

Por otro lado, Perman (1980, 1982 citado por Rowland, 1989a) en un estudio similar en veintisiete mujeres postmastectomizadas, identificaron estrategias de afrontamiento asociadas con afrontamiento adaptativo y desadaptativo, de una semana y de cuatro meses después de la cirugía. Dentro del *inventario* de estrategia de afrontamiento desarrollado para el estudio, cuarenta y cinco conductas fueron asociadas en cinco estrategias: ataque, racionalización, evitación, capitulación y tensión-alivio.

Perman (1980, 1982 citado por Rowland, 1989a) también encontró que las mujeres afrontaban mejor la situación después de la cirugía usando un gran rango de conductas de ataque, exhibiendo activamente compromisos en problemas creados por el diagnóstico y cirugía.

A los cuatro meses mostraron mejor afrontamiento, más conductas racionalizadoras y estuvieron menos angustiadas. En contraste, algunos estilos de afrontamientos estuvieron caracterizados por el uso de la evitación y conductas capituladoras, demostrando más evasión de la enfermedad relacionada a más problemas y más pasividad, así como una visión realista con respecto a la enfermedad y al tratamiento. Conductas afrontativas de tensión-alivio fueron usadas por ambos grupos.

Perman (1980, 1982 citado por Rowland, 1989a) interpretó que el amplio uso de las conductas de *racionalización* por el grupo que mejor afrontó en el *primer* período de medición, sugiere la persistencia de un amplio crecimiento con el tiempo, de defensas cognitivas utilizadas para el mantenimiento de la adaptación después de una crisis.

Feifel y col., (1987 citado por Rowland, 1989) evaluaron el uso y eficacia de tres estrategias de afrontamiento mayores (confrontación- evitación y aceptación-resignación) en pacientes masculinos con cáncer. Ellos observaron a tres grupos de pacientes masculinos, dos de ellos estaban formados por hombres en tratamiento por cáncer y enfermedad del corazón. El tercer grupo incluye hombres con enfermedad que no requería tratamiento (disminución ortopédica, artritis reumatoides y enfermedades dermatológicas).

Se encontró que el uso de la confrontación estaba significativamente relacionada con el tratamiento de por vida de la enfermedad. Adicionalmente, el uso de confrontación como una estrategia de afrontamiento, se presentaba con mayor frecuencia en aquellos quienes eran más extrovertidos y quienes percibían su enfermedad como algo realmente serio.

En contraste, el uso de la evitación fue más prevalente en la clase socioeconómica baja, y quienes tenían una mayor aceptación-resignación como estrategia de afrontamiento, se usó más frecuentemente en pacientes quienes exhibían pocas expectativas de recuperación y estaban carentes de esperanzas.

Al considerar la eficacia del afrontamiento este encontró que los pacientes con cáncer quienes se evaluaban a ellos mismos como pobres en su afrontamiento fueron más propensos a usar evitación y aceptación-resignación como forma de afrontamiento.

En un estudio realizado por Holland (1986 citado por Rowland, 1989) acerca del afrontamiento y de la adaptación al cáncer concluye que aquellas estrategias de afrontamiento que promueven una respuesta activa para la solución de un problema (contrariamente a pasividad o imposibilidad) o aquellas conductas de afrontamiento dirigida a la solución del problema, eran las más efectivas.

También en este estudio se determinó que el afrontamiento en la enfermedad es un proceso dinámico ya que cambia en función de las circunstancias y de la continua evaluación del individuo acerca del significado de estas circunstancias con respecto a su sobrevivencia, futuro, relaciones interpersonales, autoestima y realización de éxito.

Además, Holland (1986 citado por Rowland, 1989) hace una revisión sobre los estudios llevados a cabo con el afrontamiento en cáncer, manifestando que existen características que de presentarse en un paciente, podrían ponerlo en riesgo de problemas de afrontamiento como son: aislamiento social (percibido o actual), bajo nivel socioeconómico, abuso de drogas o alcohol, previa historia psiquiátrica, historia personal con recientes pérdidas, inflexibilidad y rigidez en el afrontamiento, filosofía pesimista de la vida y múltiples obligaciones.

Por otro lado, cinco patrones de afrontamiento en pacientes con cáncer fueron identificados por Dunkel, Feinstein y Taylor (1992) los cuales son: búsqueda de apoyo social centrado en lo positivo, distanciamiento, escape-evitación cognitiva y escape- evitación conductual.

Estos patrones de afrontamiento en pacientes con cáncer fueron identificados en una muestra amplia y heterogénea de pacientes con cáncer y son similares a los patrones identificados anteriormente en muestras pequeñas de pacientes con cáncer (Felton 1984; Ray, Lindop y Gibson 1982; Weisman y Worden 1976-77 citados por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992) así como los encontrados en muestras amplias con residentes de una comunidad, experimentando una variedad de eventos estresantes (Aidwin y Revenson 1987, Folkman, Lazarus, Dunken, Schetter, 1986, citados en Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992). Esto parece indicar que estos patrones de afrontamiento podrían ser representativos de dimensiones universales de afrontamiento y que no son específicos del cáncer (Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992).

En este estudio realizado por Dunkel, Fiesteen Y Taylor (1992), encontraron poca evidencia de estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ya que muchos sujetos en este estudio afrontaron en múltiples formas aquellos aspectos estresantes del cáncer.

También encontraron que los sujetos quienes usaron solo uno o dos de los cinco patrones de afrontamiento, no reportaron ningún patrón específico de afrontamiento mucho más frecuente que otros. De igual, forma gente quien había tenido cáncer usaba un amplio

repertorio de conductas de afrontamiento flexibles a cualquier amenaza de las enfermedades en lugar de que rigidamente se adhirieran a un estilo particular de afrontamiento (Folkman y Lazarus y Folkman, 1980, Lazarus, Gnién y De Longin, 1886 citados por Dunkel, Feinstein y Taylor 1992).

Al observar los patrones de afrontamiento encontraron que el distanciamiento fue la forma más común de afrontamiento. Sin embargo, este patrón estuvo pronosticando enfermedad relativamente al contrario de los cuatro restantes patrones de afrontamiento quienes fueron predictores de bienestar, además de que el distanciamiento estuvo negativamente asociado con educación. Esta evidencia que muchos individuos con cáncer cognitiva y conductualmente se distancian ellos mismos de la enfermedad y de sus efectos adversos a través del tiempo, tal vez debido a la ambigüedad acerca del resultado del cáncer y de su incontrolabilidad (Felton y Revenson, 1984 citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992).

Mientras que distanciamiento no estuvo asociado con el tiempo desde el diagnóstico, lo cual sugiere que esto no es frecuentemente desproporcionado en gente con diagnóstico de cáncer reciente.

También encontraron que los restantes patrones de afrontamiento fueron usados en diferentes grados, dependiendo de las características de las personas con cáncer y de la apreciación actual de su situación. Por ejemplo, apoyo social y centrarse en lo positivo fueron los dos patrones de afrontamiento que más altamente se correlacionaron en este estudio.

Centrarse en lo positivo resultó ser más común en los individuos quienes eran más religiosos y quienes eran más jóvenes. Existieron diferencias altamente significativas entre grupos religiosos ya que las personas católicas fueron más propensas a centrarse en lo positivo, seguidos de las personas protestantes; por otro lado quienes usaron su propio método de afrontamiento fueron los judíos, mientras que aquellos sin preferencia religiosa afrontaron la enfermedad de forma menos frecuente.

Centrado en lo positivo, sin embargo, no estuvo asociado con el grado de estrés apreciado, parece estar más originado por características personales (edad y religión) del individuo que por factores situacionales (etapa de enfermedad o grado de estrés). De hecho afrontamiento centrado en lo positivo fue el más característico de individuos que no estaban en tratamiento y en aquellos en remisión.

En contraste, el uso de apoyo social estuvo más fuertemente relacionado a una gran percepción de estrés en el cáncer y con más frecuentes preocupaciones y altos niveles de educación.

Dos patrones de afrontamiento como son escape-avoidance tanto cognitivo como conductual fueron detectados en un estudio realizado por Holland (1981 citado por Rowland, 1989c). Estos patrones de afrontamiento no habían sido detectados en estudios de afrontamiento en muestras de comunidades, (Aldwin y Revenson 1987, Folkman, Dunkel, Schetter, 1986

citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992) sin embargo, son similares a dos factores reportados en un estudio por Felton, (1984 citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992), sobre enfermedades crónicas, sugiriendo que ellos podrían ser manifestados primeramente en respuesta a la enfermedad.

En este estudio realizado por Dunkel, Feinstein y Taylor (1992) el factor cognitivo escape-avoidance incluye algunos ítems sobre resignación y preparación para un mal resultado. El factor de conducta escape-avoidance incluye signos conductuales de evitación con propensión a la inadaptación, como son, el aislamiento social, uso de drogas e impulsividad, además un ítem de culpabilidad también fue incluido en el estudio.

Escape-avoidance cognitiva estuvo asociado con menos educación y religiosidad. Además de que hubo una relación entre esta estrategia de afrontamiento y bajos ingresos económicos, desempleo y alta probabilidad de una preferencia religiosa cristiana (católicos y cristianos). También fue más frecuente en aquellos individuos con enfermedades recurrentes, en actual tratamiento y con más limitaciones funcionales. Esta estrategia por lo tanto parece ocurrir más en respuesta a problemáticas actuales acerca de la condición médica del individuo (Holland, 1986 citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992).

Por otro lado, en este estudio la estrategia afrontativa de escape-avoidance conductual parecía estar presetándose mas en respuesta a tratamientos anteriores del cáncer y a problemas residuales de la enfermedad. Este tipo de estrategia tiene el único factor asociado con tiempo desde el diagnóstico y sobre todo se presentó mayormente en aquellas personas con un lapso de tiempo mayor desde su diagnóstico.

Además, la gente que utilizó este tipo de estrategia fue más propensa a vivir sola, pero el vivir solo estuvo asociado con afrontamiento a través del apoyo social como bienestar. Se presentaron resultados similares en cuanto al estado civil y el nivel de parentesco. La gente sin pareja y sin hijos estuvo mas relacionada a éste tipo de afrontamiento así como a búsqueda de apoyo social. Dentro de este factor de escape-avoidance el ítem más alto fue la evitación. Los individuos que utilizaron esta forma de afrontamiento (evitación de otros y búsqueda) estaban menos recientemente diagnosticadas. Esto fue explicado por Dunkel, et al. (1992) considerando que el sujeto durante el inicio de su enfermedad podría vacilar entre evitar y buscar a otros.

Por último, Dunkel, et al. (1992) examinó la relación existente entre la angustia y los patrones de afrontamiento llegando a suponer que los pacientes con cáncer con altos niveles de angustia deberían afrontar de forma diferente que aquellos pacientes con cáncer sin angustia, basados en estudios anteriores Felton, Revenson, Hinrichsen 1984, Weisman y Worden 1976-1977 (citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992). En este estudio la reinterpretación positiva estuvo asociada con menos angustia. Sin embargo, Weisman y Worden 1976-1977 (citado por Dunkel, et al. 1992), encontraron que la tentativa para olvidar el cáncer estaba asociada con altos niveles de angustia, mientras que otro estudio Felton, 1984 (citado por Dunkel, et al. 1992), encontró que similar tentativa etiquetada como minimización de la amenaza estuvo desvinculada a la angustia.

DETERMINANTES DEL AFRONTAMIENTO EN CÁNCER

Por muchos años ha habido interés en como la gente afronta el cáncer. Importantes estudios descriptivos fueron llevados a cabo durante la década de los 50's. Estos estudios enfatizaban las defensas inconscientes como la negación y patrones de afrontamiento desadaptativos (Meyerowitz, Heinrich, Schag, 1983, citado por Dunkel, Feistein y Taylor, 1992).

Weisman (1979) y Worden (1976 -1977 citado por Dunkel, Feistein y Taylor, 1992), condujeron estudios sistemáticos sobre el afrontamiento en cáncer usando una variedad de métodos de medición y relaciones relevantes entre patrones de afrontamiento y angustia emocional.

La enfermedad del cáncer incluye un amplio rango de situaciones a las cuales un individuo se tiene que afrontar: como dolor o síntomas terribles, ambigüedad acerca de pronóstico y cambios en las relaciones sociales. Una estrategia adaptativa de afrontamiento con malestar físico podría estar centrada en el problema, mientras que la mejor estrategia para relacionarse con la ambigüedad acerca del futuro podría ser la regulación de la emoción (distracción o evitación).

Factores situacionales como son sitios del cáncer, etapa de la enfermedad, tiempo desde el diagnóstico y frecuentemente tratamiento son posibles influencias adicionales sobre la conducta de afrontamiento. La gente con condiciones médicas más agudas y severas es más propensa a aplicar muchas de las tantas diferentes estrategias de afrontamiento que aquellas personas con enfermedad menos aguda y aquellos con estados menos severos de enfermedad.

Sin embargo, las teorías de estrés y afrontamiento enfatizan la apreciación subjetiva de la situación angustiante (Hobfod, Lazarus y Folkman 1984, MC, 1970, citado por Dunkel, Feistein y Taylor, 1992). Dando la importancia a la apreciación del estrés (Folkman, Lazarus, Dunkel, Schefel, De Longis, y Gruen 1986 citado por Dunkel, Feistein y Taylor, 1992). La percepción de los pacientes con cáncer del grado de estrés presentado, debería de influir en la forma en como él o ella está afrontando en más o menos una condición médica. Por lo tanto, fueron considerados como determinantes significativos del afrontamiento.

Rowland (1981 citado por Rowland, 1989c), detecta tres grandes factores determinantes del afrontamiento en pacientes con cáncer. El primer factor es la naturaleza del estrés, este se refiere a las variables relacionadas con la enfermedad (sitio de la enfermedad, estado, tratamiento y rumbo).

En situaciones altamente estresantes como lo es tener cáncer, sucede una transformación de las demandas hacia otras de tipo más primitivas, rígidas y reflexivas y menos realistas de dominio paralelamente.

Por lo tanto, la naturaleza del estresor cáncer es clave en la examinación e interpretación de las respuestas de afrontamiento.

Sin embargo, más allá de esta amplia clasificación existen grados de estrés como el asociado con un diagnóstico y un tratamiento en particular.

Por lo tanto, el curso de la enfermedad, tratamiento, sitio de la enfermedad y medidas de rehabilitación disponibles podrían determinar la naturaleza y el grado de adaptación requeridos influyendo por lo tanto en el afrontamiento.

Enseguida se encuentran las variables individuales, es decir, los factores que influyen en el afrontamiento del cáncer como son, la etapa de la vida en que se presenta el cáncer y los recursos emocionales y sociales que están disponibles.

El aspecto que se refiere a la etapa del individuo en que aparece el cáncer es también considerado como el mayor determinante del afrontamiento. Paralelamente en la ausencia de la enfermedad, en el curso de la vida del individuo, existen tareas que él o ella deberían realizar, conseguir trabajo, formar una familia, etc. La naturaleza de estas varía con el tiempo; por lo que generalmente tareas específicas son interrumpidas por la enfermedad afectando la posibilidad para afrontarla.

Además, de la sofisticación de las habilidades personales y la capacidad cognitiva en el comienzo y sobre el curso de la enfermedad afecta la capacidad de afrontamiento. El impacto sobre los años es especialmente significativo. Primero, los niños tienen más limitado su repertorio de habilidades y de estrategias de afrontamiento disponibles en ellos que los adultos. Segundo, los niños son más vulnerables a las reacciones y conductas de los adultos responsables de su cuidado, de forma que tienen un fuerte impacto sobre afrontamientos futuros; ambos durante el inicio de la enfermedad y sobre todo en los episodios siguientes. (Lipowski 1970, citado por Rowland, 1989c), señala que las estrategias establecidas o aprendidas tempranamente en la vida son más propensas a ser usadas y primeramente en futuras situaciones de enfermedad.

Los valores y las creencias también afectan al afrontamiento. En realidad algunas experiencias previas de enfermedad tienen importantes repercusiones para el afrontamiento en subsecuentes periodos de enfermedad. (Lipowski, 1970 citado por Rowland, 1989c), ha subrayado la importancia del significado personal de la enfermedad, actitudes hacia esta enfermedad, daño y disfunción, como determinantes del afrontamiento del individuo.

La percepción idiosincrásica del individuo sobre la enfermedad es la que dictamina la selección de una estrategia particular de afrontamiento, los significados más típicos de la enfermedad son: enemigo, castigo, debilidad, pérdida irreparable o peligro y finalmente valores positivos (Lipowski, 1970 citado por Rowland, 1989c).

Experiencias personales previas con la enfermedad del cáncer también influyen dramáticamente sobre las estrategias de afrontamiento y por lo tanto son determinantes de la formación *individual* de los conceptos de cáncer.

La teoría de Erickson (1963, citado por Rowland, 1989) del desarrollo humano se centra en la eficacia del self en la adaptación, lo cual es confirmado por Moos y Shaefer, 1984 (citado por Rowland, 1989) con respecto a la adaptación a enfermedades físicas. Además estudios serios sugieren que el sentido de control está relacionado al tipo de afrontamiento empleado. Aquellos individuos que tienen un locus de control interno son más propensos a usar el afrontamiento centrado en el problema (Strickland 1918, Anderson 1977 citados por Rowland, 1989). Por lo tanto el entendimiento de las creencias de las personas sobre su enfermedad es una dimensión importante para el entendimiento de la forma en como ellas la enfrentan.

Se ha demostrado que los valores religiosos y creencias, afectan el afrontamiento, tal es el caso de un estudio realizado por Blazer y Palmore (1976 citado por Rowland, 1989), quienes sugieren que las convicciones religiosas y las creencias están asociados con altos niveles de bienestar autoreportado. En un estudio realizado por Yates (1981 citado por Rowland, 1989) pacientes religiosas con cáncer avanzado reportaron significativamente bajos niveles de dolor.

Por otro lado, el rol del apoyo social y el afrontamiento son áreas de especial interés. Un gran número de estudios ha demostrado que el apoyo social puede reducir o acrecentar el impacto negativo de la enfermedad (Cohen 1985, Syme 1985, Woitín 1984, Thoits 1986 citado por Rowland, 1989c) argumenta que el apoyo social es reconceptualizado, como facilitador de afrontamiento. Lieberman (1982 citado por Rowland, 1989c) por su parte también subraya un número de formas en las cuales el apoyo social afecta el afrontamiento.

Se ha encontrado también que la presencia de una red social esta relacionada al afrontamiento (Billing y Moss 1981, Dimicel, Shetter, Folkman y Lazarus 1987 citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992). Por ejemplo, Crokite y Moos (1984 citado por Dunkel, Feinstein y Taylor, 1992) encontraron que las mujeres sin apoyo social estaban más cercanas a engancharse a la evitación como estrategia de afrontamiento. En otro estudio realizado por Dunkel, Feinstein y Taylor (1992) encontraron que aspectos estructurales de una red social del paciente con cáncer (estado civil, número de hijos y si la persona vive sola) estaban asociados con el afrontamiento y basados en estudios anteriores postulan que la ausencia de relaciones sociales debería estar asociada con más afrontamiento de tipo evitativo.

Finalmente, el contexto sociocultural dentro del cual ocurre el cáncer, la naturaleza para responder públicamente y el apoyo para los cuidados del paciente con cáncer, todos ellos influyen en el afrontamiento (Lipowski, 1969 citado por Rowland, 1989c).

El grado en el que el paciente se siente estigmatizado por tener cáncer o penalizado financiera o socialmente contribuye en el grado de cuidado con que el individuo afrontará la situación estresante.

Otro grupo de variables fue encontrado por Dunkel, et al. (1992) como predisponentes individuales para afrontar en forma particular la enfermedad.

Características socioeconómicas o alto status socioeconómico ha sido relacionado equitativamente y consistentemente a métodos particulares de afrontamiento, aunque no específicamente en pacientes con cáncer. (Billings y Moss 1981, Menagham 1983, Pearlin y Shooler 1978 citados por Dunkel, et al. 1992).

Además, el factor educación fue estudiado por Billings y Moss (1981 citados por Dunkel, et al. 1992) quienes encontraron que el tener mayor educación estaba más relacionado al afrontamiento centrado en el problema y menos relacionado al afrontamiento evitativo.

Dada la importancia del apoyo social, éste es desarrollado más ampliamente en el siguiente capítulo.

1.3 APOYO SOCIAL

El entorno social proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir y evolucionar. Desde hace mucho tiempo se ha sabido, de forma intuitiva, que las personas obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones sociales, lo que en cierto modo es algo obvio, aunque lo que resulta menos obvio es la forma como lo consiguen.

Se ha logrado un gran avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, así como de los elementos más efectivos para proporcionar apoyo y sobre diversas situaciones en las que funciona el apoyo, a través de diferentes investigaciones.

Se han llegado a proponer, algunas teorías acerca del apoyo social, entre ellas las mencionadas por Stewart (1989, citado en Rowland, 1989a) como interpretaciones conceptuales del apoyo social:

Teoría de la atribución: Postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a la importancia relativa, asignada a factores internos (persona) o externos (medio ambiente). Cuando un individuo asigna la culpa al origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

Teoría del afrontamiento: Considera que el apoyo social puede influir en el proceso de afrontamiento en el nivel de la evaluación primaria o secundaria, en la reevaluación o bien como lo establece Thoits (1983), puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo así el uso de la estrategia para la solución de los problemas, a la vez que proporciona ayuda tangible o emocional.

Teoría del intercambio social: Establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambios en las relaciones.

Teoría de la comparación social: Postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a facilitar información sobre sus características, opiniones, conductas y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social como evaluación tiene por objeto el exaltar el valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social.

Teoría de la soledad: Afirma que si bien existe gran cantidad de explicaciones, sólo tres son relevantes para el apoyo social.

- a) La explicación sociológica: que considera a la soledad como un producto común y normal de los problemas sociales externos del individuo.
- b) La explicación interaccionista: que ve a la soledad como una reacción producida, por la interacción de la personalidad y de los factores situacionales, y

c) La explicación cognoscitiva: que considera el factor medicional entre los déficits sociales y la experiencia displacentera.

También se ha diferenciado el apoyo social como formal e informal dentro del primero pueden identificarse como ejemplos los servicios de asistencia social y la psicoterapia proporcionada por los profesionales, dentro del segundo se incluye a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre el apoyo social, se ha puesto interés en las funciones de las relaciones sociales y no en su estructura. Desde ésta perspectiva se ha elaborado distintas definiciones que consideran al apoyo social como un constructor multidimensional, por la diversidad de efectos positivos que aporta, emocionales, informacionales e instrumentales. Aunque algunos investigadores no han logrado reflejar esta multidimensionalidad en sus instrumentos de medida, la mayoría si han aplicado escalas capaces de identificar diferentes categorías de apoyo social, apareciendo en un número de ellas. Apoyo informativo, apoyo tangible e informacional.

A este respecto Walliston et al. (1983). Afirma que el apoyo social describe la comodidad, apoyo y/o información que uno recibe a través de contactos formales e informales con individuos o grupos. Considera diferentes tipos de apoyo social:

- a) Informativo: El que presta el médico con su información.
- b) Afectivo-emocional: El que parece ser el más efectivo en pacientes con cáncer.
- c) Tangible: El apoyo físico.
- d) De filiación: El que permite mantener la identidad social.
- e) Estimativo: Es el que proporciona una retroalimentación al paciente.

Este autor señala las variables que influyen en su aprovechamiento: recursos previos del individuo, impacto del trastorno y el conjunto de habilidades del sujeto para utilizar los recursos que se le ofrecen. Caplan (1974) considera que el apoyo social es una misión entre sujetos o entre sujetos y grupos que sirven para mejorar la competencia adaptativa para tratar con acierto tensiones y privaciones psicológicas a corto plazo. Este apoyo permite al sujeto enfermo manejar emocionalmente un evento estresante.

Sarason (1983) lo define como las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente la forma como son evaluadas por el individuo en cuanto a su calidad como soporte.

Thoits (1983) define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Dichas necesidades son: filiación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Tales necesidades realmente fundamentales en un individuo normal y, por supuesto, enfermo, deben de ser satisfechas por la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y aceptación) así como la provisión de ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con

la familia o con el trabajo, ayuda económica). En casi todas las definiciones de apoyo social se incluye la proximidad emocional o intimidad, considerada como un elemento fundamental del apoyo (Brown y Harris, 1978).

Esta dimensión garantizaría la expresión de sentimientos y emociones (Barrera, 1981), la discusión de problemas personales (Fisher, 1982), y la confianza de que estos serán atendidos adecuadamente (Walker, 1977).

Gottlieb (1978) por su parte considera cuatro categorías de apoyo social: el apoyo emocional, conductas de resolución de problemas, influencia personal indirecta y la acción del medio ambiente.

Algunos autores ponen el acento en una característica que hace referencia al apoyo social percibido (Wilcox, 1981; Warr, 1985; Thoits, 1983). Se refieren al grado en que el individuo percibe la existencia de lazos sociales proveedores de apoyo. En este sentido se define al apoyo social como la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado y amado, valorado y estimado (Turner, 1986). Dentro del apoyo social la inserción objetiva en un mundo de relaciones sociales, no es el elemento fundamental, sino que esas relaciones aparezcan con un significado de apoyo emocional, informacional y material.

INVESTIGACIONES SOBRE APOYO SOCIAL

Hipócrates reconoció la importancia del rol social y otros factores relacionados con el medio ambiente en la aparición de enfermedades, sus estudios sobre las condiciones sociales, puede arrojar luz sobre los orígenes de la enfermedad.

Cassel (1974) en sus estudios realizados llegó a formular la hipótesis de que la interrupción o destrucción de los vínculos sociales, que pueden darse en situaciones de estrés, hace que éste aumente hasta producirse la enfermedad. Posteriormente, sugiere que es más fácil proteger la salud a través de la movilización del apoyo social, que mediante la reducción del tiempo en un medio estresante.

A partir de las ideas de Cassel, Caplan (1974) extiende el concepto de apoyo social considerándolo como una forma de protección contra la patología (Gottlieb, 1981), poniendo de manifiesto el papel que juegan los recursos derivados de distintas relaciones sociales como son la ayuda instrumental y el apoyo emocional en el mantenimiento y producción de salud. Según Lieberman, (1982 citado por Rowland, 1989a) el soporte social influye en la conducta de los sujetos de la siguiente forma:

a) Los recursos sociales pueden disminuir la probabilidad de que ocurran acontecimientos estresantes.

b) Si el acontecimiento ocurre, la interacción con otros acontecimientos significativos puede modificar o alterar la percepción individual del primero y, por consiguiente mitigar el estrés potencial.

c) Los niveles de estrés son parcialmente contingentes con el grado en el cual un acontecimiento potencialmente estresante altera el funcionamiento del rol. Los recursos sociales pueden alterar la relación entre la tensión del rol y el estrés que induce el acontecimiento.

d) Los recursos sociales pueden influir en las estrategias de afrontamiento y modificar la relación entre el acontecimiento estresante y el efecto.

e) Los recursos sociales pueden modificar los sentimientos de pérdida de autoestima y de control personal, consecuencia de los efectos de los eventos estresantes.

f) El punto anterior da lugar a la influencia de los recursos sociales en el nivel de adaptación de los pacientes.

APOYO SOCIAL Y SALUD

Como explica Kobasa, (1979) que el apoyo social tiene efectos benéficos para la salud, además de ayudar a resolver la situación de estrés ya que ofrece al enfermo reconocimiento y proximidad personales, que le hacen sentirse mejor psicológicamente. Pero también se pueden señalar efectos negativos, ya que pueden aumentar la inseguridad y las preocupaciones de la persona enferma o pueden dar lugar a efectos falsamente tranquilizadores (Rodríguez, 1991 citado por Buendía, 1989). La correlación positiva entre el apoyo social y la salud aparece a través de dos procesos muy diferentes. Un modelo propone que el apoyo social ejerce una influencia positiva y directa sobre la salud. Si un individuo está integrado en su red social gozará de mayor bienestar psicológico debido a las experiencias positivas, estabilidad y autoestima que le proporcionen unas adecuadas redes sociales. Desde esta perspectiva, la influencia positiva del apoyo social es independiente de otros factores como lo es el sexo.

El segundo modelo postula que el apoyo social está relacionado con la salud principalmente en personas que se encuentran bajo el estrés producido por determinados eventos de la vida. Se le denomina modelo amortiguador porque desde esta perspectiva el apoyo social amortigua los efectos negativos que podrían producirse por la enfermedad. Un adecuado apoyo puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico para reducir o eliminar la reacción ante un impacto. Desde esta perspectiva, el individuo ante determinados eventos moviliza un fuerte sistema de apoyo social que amortigua y reduce la importancia percibida del problema planteado y consecuentemente sus efectos perjudiciales para la salud.

En resumen, hablamos de "modelo amortiguador" cuando la medida de apoyo social se dirige a los recursos interpersonales que se movilizan ante el impacto de un determinado evento. Hablamos de un "modelo de efecto principal" cuando la medida de apoyo se dirige al grado de integración de una persona en su comunidad.

Los efectos de amortiguación del estrés producidos por el apoyo social pueden ser ubicados en dos puntos:

a) El primero puede intervenir entre el evento estresor y la respuesta o reacción al estrés previniendo o atenuando el proceso de evaluación. En otras palabras, la percepción de que otros pueden y deben proporcionar los recursos necesarios puede redefinir la potencialidad dañina de la situación y/o reforzar la habilidad percibida de afrontamiento previniendo que una situación particular sea evaluada como altamente estresante.

b) El apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos, reduciendo o eliminando la reacción al estrés o influyendo directamente sobre los procesos fisiológicos.

APOYO SOCIAL Y CÁNCER

El diagnóstico de cáncer conlleva importantes alteraciones en la vida social de los pacientes, que es preciso conocer para analizar su afrontamiento de la enfermedad y el papel que su red social juega en el mismo. La amplitud y consistencia de la investigación sobre los efectos del apoyo social en el mantenimiento de la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años. Estos estudios han puesto de manifiesto que el apoyo social no sólo puede actuar como soporte para mantener la salud, sino que también pueden prevenir un desajuste psicológico en momentos de estrés ante determinados acontecimientos de la vida.

Considerando también que durante los últimos años se ha prolongado notoriamente la vida de estos enfermos con cáncer, lo que ha propiciado que tengan que enfrentarse a los efectos secundarios tanto físicos como psicológicos producidos por la enfermedad y los tratamientos a que son sometidos con las consiguientes modificaciones de su entorno social. Este grupo de enfermos se presenta especialmente dependiente del entorno social debido a la aparición de sentimientos como la pérdida de control de poder y de inferioridad, agravados cuando no pueden valerse por sí mismos. En estas situaciones el apoyo social puede ayudarles a disminuir esos sentimientos de pérdida de autoestima.

El entorno social no sabe como puede ayudar a este grupo de pacientes que más que en otros grupos de patologías, sienten miedo de sus mensajes, implícitos o explícitos o de manifestar una conducta demasiado optimista. Tampoco saben cómo deben ofrecer ese apoyo, ya que a veces el paciente con cáncer mal interpreta las actitudes de ayuda. Todo ello puede motivar una falta de red social que facilite un soporte adecuado, pues se produce

un desajuste entre las necesidades de los enfermos y el tipo de apoyo, dado su fuente de procedencia y su tiempo de duración (Buendía, J. 1990).

Con el apoyo de los "otros", el enfermo es capaz de mejorar, de afrontar, perseverar y enfrentarse con esta enfermedad e incluso, con la propia muerte. Para el enfermo, el apoyo social marca la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder, entre querer vivir y desear vivir (Folkman et al. 1986). Para que las personas se sientan bien con respecto a sí mismas y a su vida, es necesario que estén integrados en una estructura social. Este apoyo social puede ayudar a los sujetos a prevenir el estrés pues atenúa las experiencias dañinas o amenazantes y proporciona recursos para su afrontamiento positivo, una vez desencadenadas las situaciones (Folkman et al. 1986).

Rowland (1989a) reconoce la influencia e importancia de la naturaleza del soporte social en los pacientes con cáncer. Cohen (1985 citado en Buendía 1991) señala que un déficit de relaciones positivas puede producir efectos psicológicos negativos que influyen en la salud física.

Las observaciones de Wortman (1984) permitieron afirmar que la mayoría de los problemas manifestados por los pacientes con cáncer son de tipo interpersonal e incluyen dificultades en la comunicación con los amigos cuando tienen que hablar sobre la enfermedad, con la familia cuando hablan sobre el futuro, y, en general presentan problemas al relacionarse con las personas, cuya conducta varía después de conocer el diagnóstico. La necesidad de aclaración y reafirmación de lo que les ocurre, las evidencias de que los demás se preocupan y la ayuda para enfrentarse con la conducta incómoda de los demás, son los intereses preferentes de los pacientes para los que el apoyo social puede ser importante (Buendía, 1990).

Weisman y Worder (1976-1977 citado en Lazarus, et al. 1986), recogieron una tasa menor de supervivencia en los enfermos que respondieron a la enfermedad con retraimiento, alienación y depresión, que en quienes mantuvieron y utilizaron las relaciones sociales, tanto con amigos como con familiares.

Debido a la importancia del afrontamiento y del apoyo social como se ha mencionado en capítulos anteriores, a continuación se describe la relación entre ambos aspectos.

1.4 AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

Algunos investigadores han propuesto que el apoyo social es un aspecto importante que influye en las estrategias de afrontamiento del individuo las cuales ayudan a superar el estrés. Tal es el caso de Lazarus y Folkman (1986) quienes consideraron que el apoyo social en cada individuo "es un orden que los lleva hacia adelante argumentando además "que puede e influye en el afrontamiento".

Investigaciones anteriores hacen referencia tanto al apoyo social como al afrontamiento (Holohan y Moss, 1985) estableciendo que el apoyo familiar está relacionado con cambios subsecuentes en la adaptación psicológica del individuo, y que éste directa o indirectamente produce estrategias de afrontamiento para que el individuo logre una adaptación más completa (Holohan y Moss, 1985; Lazarus y Folkman, 1984).

En investigaciones de laboratorio donde se ha tenido interés por conocer la influencia del apoyo familiar sobre las respuestas psicológicas del individuo (afrontamiento) se manipularon ciertas variables como son la controlabilidad de una situación estresante, se encontró que el apoyo social familiar en una situación donde el estímulo estresante era controlado influye en la forma en que el individuo lograba una adaptación. Mientras que cuando el evento estresante no era controlado la familia no lograba influir en la forma de adaptación. Encontrándose por lo tanto que las características de la situación estresante como lo es que sean controlables o no, afecta la construcción de estrategias de afrontamiento específicas, produciendo cambios en el ajuste psicológico del individuo (Folkman et al., 1986).

Cutrona y Troutman (1986 citado en Moro, 1993) encontraron que el apoyo social es un factor predictivo de la evaluación del sujeto sobre los eventos estresantes y por lo tanto es determinante de los estilos de afrontamiento que utilizará, fomentando así la autoeficacia en su adaptación.

De la misma forma, se han realizado estudios en donde contrariamente a las investigaciones anteriores se ha demostrado como el afrontamiento influye en el apoyo social, tal es el caso de Lazarus y Folkman (1984), Moss y Sheifer (1992 citado en Rowland, 1989a), quienes proponen que el afrontamiento es una visión de factores estabilizantes que pueden ayudar al individuo a mantener una adaptación psicosocial durante períodos estresantes.

También se ha demostrado que la evaluación de eventos controlables ante situaciones de estrés debería moderar tanto el grado de apoyo familiar con relación al afrontamiento, como el grado de afrontamiento con relación a la adaptación psicológica del individuo. (Folkman et al., 1986).

Se han llevado a cabo estudios también en los que no se pretende especificar la influencia de una variable sobre la otra en este caso afrontamiento- apoyo social, sino que únicamente se desea encontrar un patrón en cuanto a la relación entre estas variables. Tal es el caso de un estudio realizado por Dunkel, Schetter, Folkman, Lazarus (1987 citado en Dunkel,

Feinstein y Taylor) en donde los sujetos de una comunidad quienes afrontaron una situación estresante a través de centrarse en el problema, mostraron estar más propensos a recibir un alto nivel de apoyo (apoyo emocional, instrumental e información) en comparación con aquellos que ocuparon una conducta afrontativa centrada en la emoción.

AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN CÁNCER

Dentro del contexto de la enfermedad física y especialmente en el caso del cáncer, ha habido demostraciones frecuentes de los efectos adaptativos que tienen varias formas de apoyo social (Taylor y Dokof citado por Moro, 1993). Sin embargo el apoyo social y sus efectos (Rook, 1984 citado por Moro, 1993) comparativamente han recibido menor atención. Entre estos efectos encontramos la forma en como la disponibilidad de estos recursos sociales interactúan con los recursos personales como el afrontamiento y con adaptación al estrés (Filipp y Aymanns 1987, Hobfoll, Freedy, Lane y Geller citado por Moro, 1990).

Recientes investigaciones han demostrado que el afrontamiento influye en el apoyo ya que el individuo moviliza estrategias para incrementar la intensidad y/o adecuación al estarse ocupando de la movilización del apoyo social (Lazarus y Folkman, 1984). Sin embargo, las conductas de apoyo podrían ser excluidas por formas de afrontamiento que no tienen como fin movilizar directamente el apoyo (Aymanns, 1995).

Se ha encontrado también que el afrontamiento es un determinante importante para que se dé el apoyo social ya que en un estudio experimental realizado por Schwarzer y Weinier (1991 citado por Lazarus et al., 1984) demostró que el interés de las personas por dar apoyo era más alto cuando un individuo se encontraba en una situación estresante (ficticia) y ocupaba un afrontamiento centrado en el problema. Se encontraron también como determinantes aquellas señales de necesidad de ayuda que la gente muestra estando bajo estrés.

Además, las formas de afrontamiento podrían afectar no solamente el apoyo social recibido por los pacientes, sino que también la forma como el apoyo social es evaluado ya que se han demostrado que los sujetos con bajos niveles de apoyo percibido estaban más propensos a apreciar conductas de apoyo hipotético disponible en una situación estresante imaginaria.

En cuanto a la influencia del apoyo social en las estrategias de afrontamiento durante la enfermedad, se ha encontrado que en muchos casos los pacientes son proveídos de una variedad de conductas de apoyo de otros dirigidas a facilitar su adaptación, para ayudar a mantener su identidad, integración social y su autoestima durante una situación alterada de la vida (Thompson y Pitts 1992 citado por Lazarus et al., 1984). Uno de los efectos directos o indirectos del apoyo social podría ser que la conducta de afrontamiento de los pacientes se altere (Cohen y Wills, 1985) y que este apoyo intervenga más o menos directamente en la forma en que el paciente trate de llegar a término con su enfermedad.

Muchas investigaciones perciben la relación entre el apoyo social y el afrontamiento en términos unidireccionales únicamente y desde un punto de vista teórico, pero al apoyarse en resultados empíricos se ha demostrado que existen efectos recíprocos, es decir, existe también la influencia del afrontamiento sobre la disponibilidad del apoyo social (Aymanns et al., 1995).

Wortman (1984) hace referencia a la perspectiva de victimización, este autor propone una dificultad en la autopresentación de los pacientes con cáncer donde menciona que si el estrés de la enfermedad y la necesidad de apoyo son revelados francamente por un paciente, entonces el abandono y el rechazo podrían ser suscitados en su entorno social, mientras que por otro lado, si la expresión de angustia es suprimida, otros podrían asumir que el paciente está afrontando muy exitosamente y por lo tanto no verían la necesidad de iniciar acciones de apoyo y en ambos casos se esperaría un inadecuado e insatisfactorio apoyo.

Silver (1990 citado en Rowland, 1989c) argumenta que existen formas de autopresentación que ayudan a evitar las desventajas tanto positivas como angustiantes de representaciones de afrontamiento, es decir la angustia puede ser expresada sin evocar reacciones negativas o ambivalentes. Por lo que una representación de afrontamiento balanceada incluirá señales de necesidad de apoyo en combinación con indicadores de que el paciente está dispuesto a tomar responsabilidades en la solución de los problemas relacionados con la enfermedad. En este caso, los proveedores del apoyo no son abrumados por sentimientos de responsabilidad y/o abandono e iniciarían más actos de apoyo.

En un estudio realizado por Aymanns (1995) los modelos cognitivos de afrontamiento mostraron estar muy estrechamente asociados con la cantidad de apoyo recibido de la familia, una fuerte tendencia de los pacientes a reflexionar estaba relacionado a un patrón de comunicación intrafamiliar. Además, fuertes tendencias a reflexionar estaban acompañadas por altos niveles de apoyo instrumental y por pocas tendencias dentro de la familia para estimular al paciente. En contraste, una evaluación selectiva y un espíritu de lucha estaban acompañados por la percepción de altos niveles de apoyo emocional. Sin embargo, la tendencia a reflexionar podría en efecto, terminar con los intentos de apoyo por parte de la familia y/o llevar al paciente a una baja estimación del apoyo provisto por su familia.

Aymanns (1995), también reconoce como las formas conductuales de afrontamiento no están relacionadas a la cantidad de apoyo, mientras que formas cognitivas de afrontamiento mostrarían una relación substancial. Los efectos de las formas cognitivas de afrontamiento no están relacionadas a la cantidad, contrariamente al adecuado apoyo de la familia el cual si está relacionado. Esto es explicado por el autor ya que la perspectiva cognitiva de las respuestas de afrontamiento ocurre no solamente sobre el nivel intrapsíquico, sino que podría llegar a ser notado por los miembros del entorno social a través de una variedad de señales verbales y no verbales.

Además, pacientes quienes tienden a minimizar la relación con la enfermedad podrían estar más propensos a presentarse a ellos mismos como teniendo un adecuado estado de humor y ellos también perciben altos niveles de apoyo emocional, así como percepción de altos niveles de apoyo emocional de sus familias (Aymanns, 1995).

Por otro lado, este autor también encuentra que los pacientes con puntuaciones altas en reflexión como estrategia de afrontamiento, también reporta altas cantidades de apoyo (sobreprotección) de tipo instrumental en comparación con sujetos con puntuaciones bajas en esta estrategia, además de ser frecuentemente menos estimulados para ser más activos y a confrontarse con los problemas relacionados con la enfermedad.

Asimismo, pacientes con fuertes tendencias a reflexionar, están menos satisfechos con el apoyo provisto por sus familiares y en particular con la comunicación intrafamiliar acerca de la enfermedad, así como con el apoyo instrumental y con los intentos de su familia para activar o estimular a ellos a tener más iniciativa.

En todos los casos, el adecuado apoyo dado es independiente de los resultados del apoyo percibido por el paciente. En contraste, pacientes altos en puntuaciones referentes a minimizar la amenaza estuvieron altamente satisfechos con respecto al apoyo emocional y a la estimulación por parte de sus familias, como también con el grado de comunicación intrafamiliar acerca de su enfermedad. Al hablar de estos resultados Aymanns (1995) concluye que los pacientes con fuertes tendencias a reflexionar evocan menos comunicación con su familia relacionada con la enfermedad mientras que al mismo tiempo existe insatisfacción con respecto a la ausencia de comunicación con su familia. Estos pacientes parecían suscitar mas apoyo instrumental, el cual es sin embargo evaluado como carente de ayuda, ya que finalmente estos pacientes reportan varias respuestas de sus familias dirigidas a estimular en ellos un regreso a la vida normal, el cual nuevamente es percibido por ellos como inapropiado y no del todo proveedor de ayuda. Tal vez la familia de los pacientes con fuertes tendencias a reflexionar exhiba una reacción congruente con las señales de aislamiento social.

CAPITULO 2.

MÉTODO

Debido a la observación realizada directamente en los pacientes con diferentes tipos de cáncer, pudo ser posible detectar que estos pacientes utilizaban algún mecanismo para enfrentar su enfermedad, tal y como lo describe Lazarus y Folkman (1986) quienes mencionan que un individuo ante una situación estresante utiliza alguna estrategia de afrontamiento. Por lo cual, surge como interrogante el conocer específicamente que tipo de afrontamiento utilizan y si el tipo de diagnóstico como lo es el cáncer de mama, cervicouterino y testicular (siendo estos los más frecuentes durante la observación) es factor determinante para el uso de alguna estrategia de afrontamiento en particular.

Asimismo, se observó la influencia que tiene para el paciente el contar con personas que lo apoyen durante el transcurso de su enfermedad, como se ha planteado en diversas investigaciones que establecen que el apoyo social promueve la salud y la resolución de la situación estresante, así como lo reporta Kobasa (1979 citado por Rodríguez, 1991). De esta forma, se tuvo como objetivo conocer el número de apoyo social con el que cuenta el paciente con cáncer, así como la satisfacción que recibe de estas personas que le brindan este apoyo social.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En ésta investigación se planteó identificar el tipo de afrontamiento y apoyo social que utilizan los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer de mama, cervicouterino y testicular, y a su vez, analizar si existe alguna relación entre el afrontamiento y el apoyo social.

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento y el apoyo social que utilizan los pacientes adultos con cáncer de mama, cervicouterino y testicular, así como analizar si existe alguna relación entre el afrontamiento y el apoyo social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes adultos con cáncer de mama, cervicouterino y testicular.
2. Conocer el apoyo social que utilizan los pacientes adultos con cáncer de mama, cervicouterino y testicular.
3. Comparar la variable afrontamiento con los diferentes factores como son: etapa y tipo de diagnóstico, edad, sexo, estado civil, ocupación y religión.

4. Comparar la variable número de apoyo social con los que cuanta el paciente con los diferentes factores como son: etapa y tipo de diagnóstico, edad, sexo, estado civil, ocupación y religión.
5. Comparar la variable satisfacción del apoyo social con los diferentes factores como son: etapa y tipo de diagnóstico, edad, sexo, estado civil, ocupación y religión.
6. Analizar si existe alguna relación entre el afrontamiento y el apoyo social, en este tipo de pacientes.

2.3 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategia de afrontamiento y los factores edad, sexo, religión, estado civil, ocupación, etapa de diagnóstico y tipo de diagnóstico.

H2. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y los factores edad, sexo, religión, estado civil, ocupación, etapa de diagnóstico y tipo de diagnóstico.

H3. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y los factores edad, sexo, religión, estado civil, ocupación, etapa de diagnóstico y tipo de diagnóstico.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor edad.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor edad.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor sexo.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor sexo.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor religión.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor religión.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor estado civil.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor estado civil.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor ocupación.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor ocupación.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor etapa de diagnóstico.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor etapa de diagnóstico.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor tipo de diagnóstico.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y el factor tipo de diagnóstico.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor edad.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor edad.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor sexo.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor sexo.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor religión.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor religión.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor estado civil.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor estado civil.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor etapa de diagnóstico.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor etapa de diagnóstico.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor tipo de diagnóstico.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de apoyo social y el factor tipo de diagnóstico.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor edad.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor edad.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor sexo.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor sexo.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor religión.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor religión.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor estado civil.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor estado civil.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor ocupación.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor ocupación.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor etapa de diagnóstico.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor etapa de diagnóstico.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor tipo de diagnóstico.

Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del apoyo social y el factor tipo de diagnóstico.

2.4 VARIABLES

Definición conceptual.

Afrontamiento: "Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986).

Apoyo Social: "El soporte social es definido por Sarason (1983) como la existencia o la disponibilidad de la gente de quien nosotros podemos depender, gente quien nos permite conocer que ellos nos cuidan, valoran y aman".

Cáncer: "El cáncer es una enfermedad diversa en la que una o más células se alteran de tal manera que se multiplican de forma continuada y producen millones de células con la misma alteración, alguna de las cuales se extienden a otras partes del cuerpo e incluso lo invaden" (González y Rodríguez, 1992).

Cáncer de mama: Es la alteración de las células que se encuentran en los conductos mamarios más pequeños y que se reproducen invadiendo la parte posterior de los espacios periductuales (Solá, 1992).

Cáncer cervicouterino: Es la alteración de las células que se originan en el epitelio del labio anterior o posterior del canal cervical y en una primera fase toma la forma de erosión superficial asintomática (Comité de Educación Profesional de la Unión Internacional contra el cáncer - UICC, 1978).

Cáncer testicular: Es la alteración de las células germinales que cuando progresan se pueden extender a los ganglios ilíacos y retroperitoneales (Solá, 1992).

Variables Categóricas:

También se consideraron como variables categóricas a las respuestas obtenidas a través de un cuestionario general:

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual (Leyton, 1992). Se consideraron tres rangos de edad, 1) 20 a 29 años, 2) 30 a 39 años y 3) 40 a 50 años.

Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer (Leyton, 1992). El grupo 1) estuvo integrado por mujeres y el grupo 2) por hombres.

Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad (Leyton, 1992). Se dividió en grupo 1) católicos y grupo 2) no católicos.

Ocupación: Acción de desempeñar alguna labor o actividad (Leyton, 1992). Estuvo integrada por grupo 1) Hogar, 2) Empleado, 3) Profesionista, 4) Estudiantes y 5) Estudia y Trabaja.

Estado Civil: Condición que diferencian la situación social de una persona y que otorga el Estado (Leyton, 1992). Se integró por grupo 1) Soltero, 2) Casado, 3) Unión Libre, 4) Separado y 5) Viudo.

Etapa: Momento actual de la enfermedad (Leyton, 1992). La etapa de diagnóstico en la que se encontraban los pacientes se integró como grupo 1) INSITU, 2) Etapa 1, 3) Etapa 1a, 4) Etapa 1b, 5) Etapa 2, 6) Etapa 2a, 7) Etapa 2b, 8) Etapa 2c, 9) Etapa 3a, 10) Etapa 3b, 11) Etapa 4, 12) Etapa NCTFS - No Cuantificable por Tratamiento fuera del Servicio.

Tipo de diagnóstico: Determinación de una enfermedad por los síntomas (Leyton, 1992). Se consideró como tipo de diagnóstico al cáncer de mama, cervicouterino y testicular.

Definición Operacional:

Afrontamiento: Se consideró a aquellas respuestas que se obtuvieron a través del cuestionario "Modos de Afrontamiento" de Lazarus y Folkman (1986).

Apoyo Social: Se consideró a aquellas puntuaciones tomadas en cuenta a través del "Cuestionario de Apoyo Social" de Sarason (1983).

Cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer testicular se consideraron de acuerdo al diagnóstico médico establecido en el expediente del paciente.

2.5 MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 80 pacientes del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", de los cuales 30 padecían cáncer de mama, 30 cáncer cervicouterino y 20 cáncer testicular, que estaban recibiendo atención médica y cuyas edades oscilaban entre 20 y 50 años de edad.

El muestreo de los pacientes fue no probabilístico, por cuota e intencional, dado que requirieron las características que a continuación se mencionan:

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio a aquellos pacientes que recibían atención médica en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en el Servicio de Oncología Médica y Quirúrgica que padecían cáncer de mama, cervicouterino y testicular encontrándose en una etapa de avance de la enfermedad indistinta, pero que hubieran recibido su diagnóstico médico de una año a la fecha del estudio.

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedaron fuera del estudio aquellos pacientes que no cumplieran con los requisitos necesarios, o bien que se encontraran incapacitados físicamente para participar en el mismo.

2.6 TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue exploratorio, transversal y retrospectivo ya que se recolectaron los datos en un sólo momento para describir y analizar la presencia de las variables. Fue una investigación empírica en la que se utilizó el método cuantitativo.

2.7 MATERIALES

Para la realización de esta investigación se requirieron los siguientes recursos materiales: hojas de papel, lápices, gomas, ochenta formatos de registro de cada instrumento y ochenta formatos de cartas de autorización.

2.8 INSTRUMENTOS

Se realizó una entrevista a cada uno de los sujetos con el fin de corroborar los datos obtenidos en el registro computarizado y poder determinar la inclusión de los sujetos al estudio.

También, se utilizó el inventario de "Modos de Afrontamiento" de Lazarus y Folkman creado en 1980 y revisado para su validación por Joya y Ortega (1996). Este cuestionario consiste en 29 reactivos de un original de 67 (ver Anexo 1), con cuatro opciones de repuesta que comprenden desde "En absoluto" hasta "En gran Medida" y que contempla seis estilos de afrontamiento como son: Reevaluación Positiva, Planeación-Confrontación, Apoyo Social-Responsabilidad, Huida-Evitación, Distanciamiento y Autocontrol-Responsabilidad. (ver Anexo 2).

También se utilizó el "Cuestionario de Apoyo Social" de Sarason (1983), validado por Acuña (1997). Este cuestionario consta de 27 reactivos en una escala tipo Lickert donde cada uno de los reactivos se divide en dos partes, la primera parte evalúa el número de personas de quien se recibe ayuda o apoyo, siendo necesario para su contestación que se enlisten a aquéllas con las que cuenta o confía, para ayudarle o apoyarle en la forma como describe la pregunta, siendo no más de 9 personas por pregunta. Mientras que en la segunda parte, se evalúa el grado de satisfacción global que se tiene con esta ayuda o apoyo, donde para su contestación es necesario que se marque con un círculo o cruz una de las seis opciones las cuales son: 1) Muy insatisfecho; 2) Bastante insatisfecho; 3) Un poco insatisfecho; 4) Un poco satisfecho; 5) Bastante satisfecho y 6) Muy satisfecho. (Ver Anexo 3).

2.9 PROCEDIMIENTO

Este estudio se llevó a cabo en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en colaboración con el servicio de Oncología Médica y Quirúrgica.

De los 80 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión establecidos en el estudio, fueron asignados 30 para el grupo de cáncer de mama, 30 para el grupo de cáncer cervicouterino y 20 solamente para cáncer testicular debido a que la población con este padecimiento era reducida en el servicio. El total del número de pacientes utilizados, fueron los que se lograron captar durante la estancia del Servicio Social en el área de hospitalización y consulta externa, y que además cumplieron con los criterios de inclusión especificados.

Para la selección de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión, se utilizó el registro computarizado empleado en el hospital, corroborando estos datos con una entrevista semiestructurada que se realizó individualmente en el área de hospitalización o consulta externa.

Posteriormente, se pidió firmaran una carta de autorización (ver anexo 4) para participar en la investigación. Los cuestionarios fueron administrados individualmente en una sola sesión y para obtener en la investigación una mayor precisión y certeza primeramente fue aplicado el cuestionario de apoyo social y posteriormente el de afrontamiento.

Para la calificación del cuestionario se sumarán las puntuaciones de cada ítem correspondiente a las categorías de afrontamiento obteniendo los puntajes en bruto. Posteriormente, se determina el promedio de las categorías de afrontamiento, dividiendo este promedio entre la suma total de promedios multiplicado por 100, obteniéndose así un porcentaje relativo el cual indicó el estilo de afrontamiento utilizado.

Del cuestionario de Apoyo Social se obtienen dos tipos de calificaciones: una referente al número de apoyo social, la cual es obtenida sumando el número de personas que le brindaban ayuda o apoyo en la situación descrita por la pregunta y dividiendo este puntaje en bruto entre los 27 reactivos que conforman el cuestionario. El otro tipo de calificación referente al nivel de satisfacción se obtiene sumando el número asignado al nivel de satisfacción escogido y dividiéndolo nuevamente con los 27 reactivos que conforman el cuestionario.

2.10 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial así como pruebas paramétricas y no paramétricas, se trabajó con un nivel de significancia de .05.

Existe una diferencia en el número de reactivos que integran cada categoría de afrontamiento, por lo que fue necesario utilizar para su comparación el porcentaje de los puntajes relativos, los cuales se obtuvieron dividiendo el promedio de cada categoría de afrontamiento entre la suma total de los promedios multiplicados por 100.

Posteriormente, al obtener las medias de los porcentajes relativos de cada estilo de afrontamiento, se realizó una comparación entre estos porcentajes para conocer los estilos de afrontamiento utilizados por la muestra.

En lo que se refiere al tipo de estadística no paramétrica, se utilizó una prueba de hipótesis no paramétrica para muestras relacionadas a partir de rangos, en la que se empleó la prueba de Friedman para identificar diferencias en los puntajes de las estrategias de afrontamiento. Asimismo, se utilizó un ANOVA paramétrico de una sola dirección con una prueba post-hoc Scheffé con el fin de identificar en cual de los tres tipos de cáncer se presentaban diferencias. Por último, se utilizó la correlación de Pearson para conocer si existía alguna relación entre la variable afrontamiento y la variable apoyo social.

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS

A través del análisis de frecuencias fue posible obtener la descripción de la muestra la cual estuvo integrada por ochenta pacientes de los cuales 30 padecían cáncer de mama, 30 cáncer cervicouterino y 20 cáncer testicular. Los resultados de la muestra se registran en la tabla siguiente:

FACTOR	CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE	PORCENTAJES
EDAD	40 años	62 %
SEXO	Mujer	75 %
RELIGIÓN	Católica	92 %
OCUPACIÓN	Empleado	42 %
ESTADO CIVIL	Casado	70 %
ETAPA	Etapa 2ª.	17 %

Tabla 1. Descripción de la muestra.

3.1 RESULTADOS DE AFRONTAMIENTO

Se consideraron las siguientes categorías de afrontamiento:

RV: Reevaluación Positiva

HE: Huida-Evitación

PC: Planeación-Confrontación

AR: Autocontrol-Responsabilidad

ASR: Apoyo Social-Responsabilidad

D: Distanciamiento

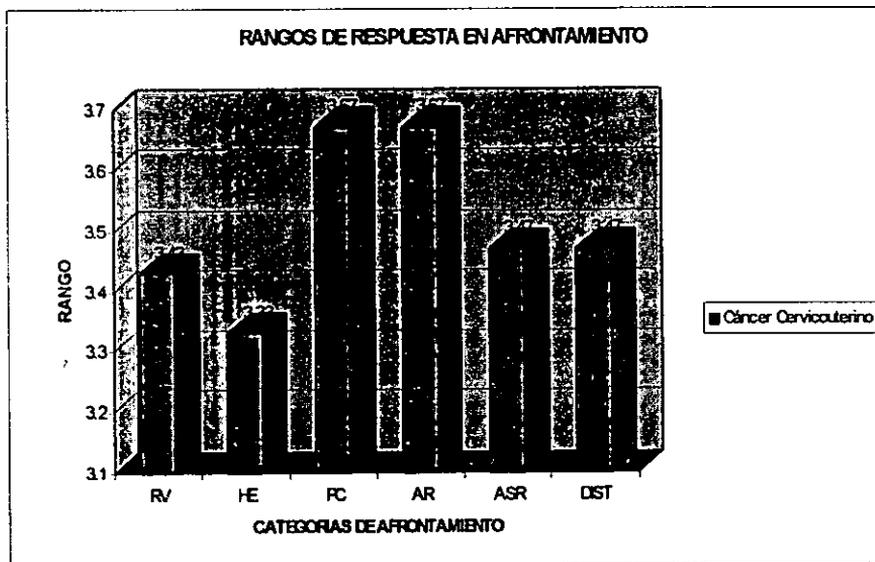
Se utilizó la prueba de Friedman con el fin de encontrar diferencias significativas en cuanto al rango promedio de respuesta a cada una de las 6 categorías, donde se encontró que la categoría mayormente utilizada por los pacientes es la de Autocontrol-Responsabilidad y la menos utilizada es la categoría de Huida-Evitación. Siendo estas diferencias estadísticamente no significativas.

CATEGORÍA DE AFRONTAMIENTO	RANGO PROMEDIO
RV	3.45
HE	3.43
PC	3.56
AR	3.57
ASR	3.53
DIST	3.46

Tabla 2. Rangos promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento, donde se observa que las puntuaciones son semejantes.

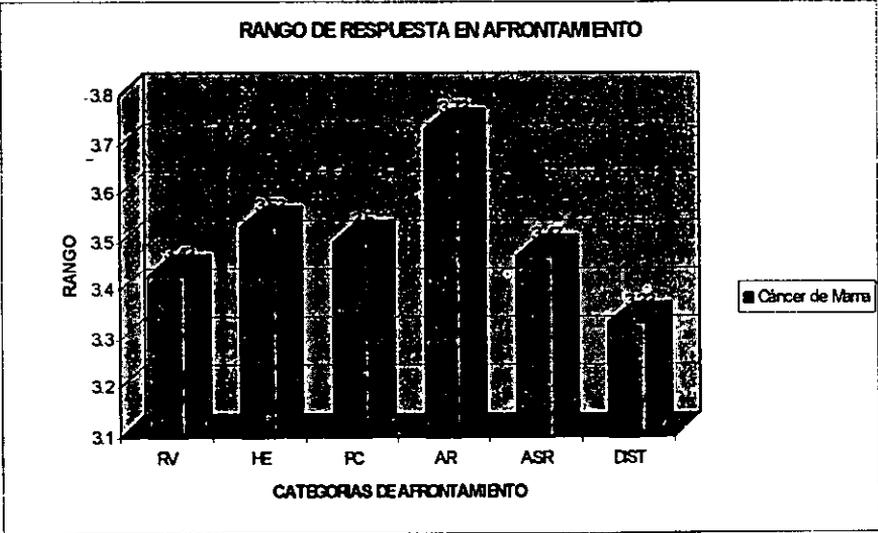
Con el fin de observar como se comportaban cada uno de los grupos con relación a las categorías de afrontamiento se procedió a analizarlos:

En el primer grupo (cáncer cervicouterino) se encuentra que las categorías más utilizadas son Planeación-Confrontación, Autocontrol-Responsabilidad y la categoría menos utilizada es la de Huida-Evitación, como se observa en la siguiente gráfica:



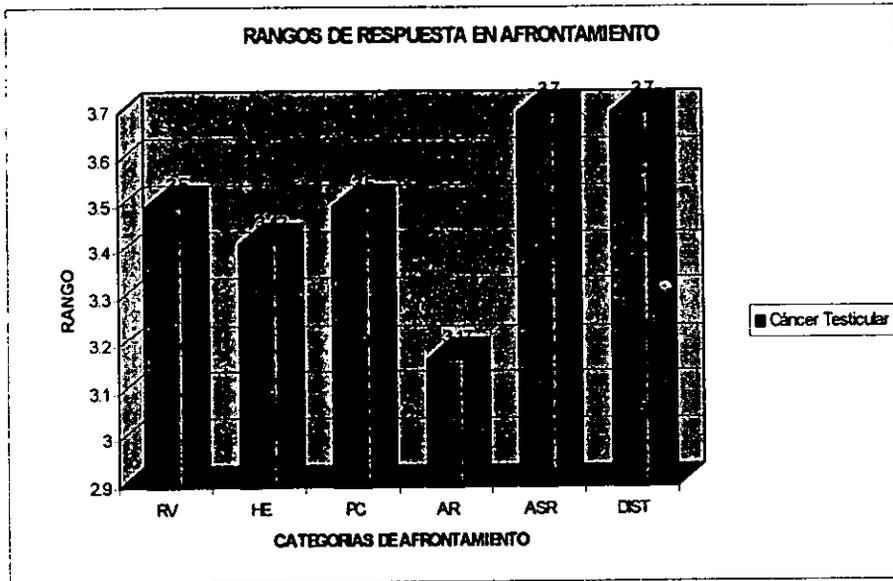
Gráfica 1. Rango promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento en cáncer cervicouterino. Nivel de significancia de .9770

En el segundo grupo (cáncer de mama) se observa que la categoría más utilizada es la de Autocontrol-Responsabilidad y la categoría menos utilizada es la de Distanciamiento.



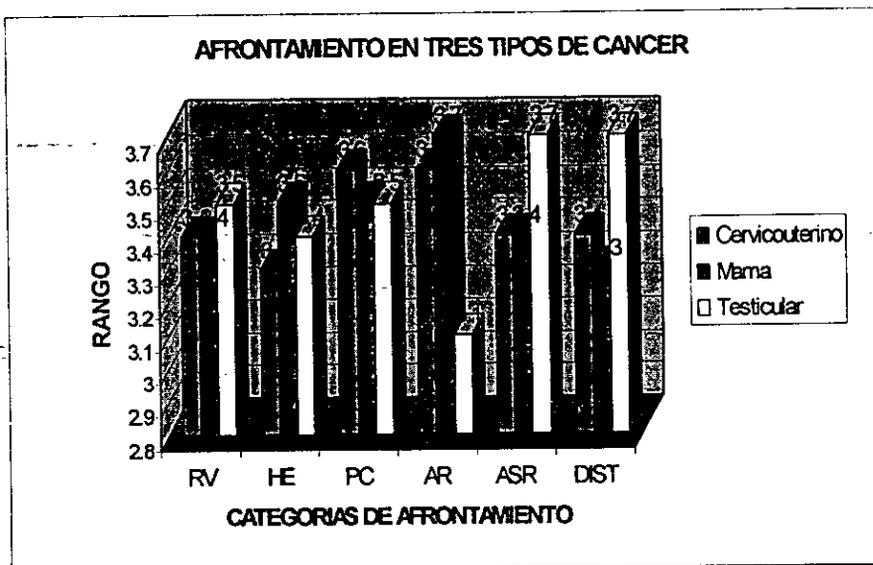
Gráfica 2. Rango promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento en cáncer de mama.

Mientras que en el tercer grupo (cáncer de testículo) se encuentra que las categorías más utilizadas son las de Apoyo Social-Responsabilidad y Distanciamiento y la categoría menos utilizada es la de Autocontrol-Responsabilidad.



Gráfica 3. Rango promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento en cáncer testicular.

A continuación se muestran las categorías de afrontamiento en los tres diferentes tipos de cáncer.



Gráfica 4. Afrontamiento en los tres tipos de cáncer.

Por otro lado, se trató de encontrar diferencias en el promedio de respuesta a las categorías de afrontamiento primeramente con relación al factor diagnóstico, utilizando un Análisis de Varianza (ANOVA) así como la prueba de Scheffé con el fin encontrar diferencias entre los grupos. Se trabajó con un nivel de significancia de .05.

CATEGORÍA DE AFRONTAMIENTO	CÁNCER CERVICOUTERINO	CÁNCER MAMA	CÁNCER TESTICULAR
RV	3.33	3.34	5.00 *
HE	3.33	3.33	5.00 *
PC	3.33	3.33	4.99 *
AR	3.33	3.33	5.00 *
ASR	3.33	3.33	5.00 *
DIST	3.33	3.33	5.00 *

Tabla 3: Rango promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento con el factor DIAGNÓSTICO. * Indica diferencias estadísticamente significativas de ($p=0.00$ a $.021$).

En cuanto a la respuesta de las categorías de afrontamiento con relación al factor *sexo* se encuentra que la categoría mas utilizada por los hombres es la de Reevaluación- Positiva y la menos utilizada es la de Planeación- Confrontación. Mientras que las mujeres utilizan de igual forma todas las categorías de afrontamiento.

CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO	MUJERES	HOMBRES
RV	3.33	5.03
HE	3.33	5.00
PC	3.33	4.99
AR	3.33	5.00
ASR	3.33	5.00
DIST	3.33	5.00

Tabla 4. Rangos promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento con el factor SEXO. No indica diferencias significativas.

En cuanto a la respuesta de las categorías de afrontamiento con relación al factor *edad* se encontró que el grupo de edad entre 20 y 29 años utiliza de forma diferente la estrategia de Planeación – Confrontación en comparación con los otros dos grupos de edad.

CATEGORÍA	20-29	30-39	40-50
RV	4.47	4.01	3.50
HE	5.32	3.64	3.47
PC	4.99 *	4.03	3.38
AR	3.90	4.59	3.37
ASR	4.58	4.44	3.30
D	4.68	4.27	3.35

Tabla 5. Rango promedio de respuesta obtenido en las categorías de afrontamiento en lo que se refiere al factor EDAD. * El rango de edad entre 20 a 29 años marcó diferencias significativas ($p= 0.01$) en la categoría de PC en relación con los demás grupos.

Con respecto a la respuesta de las categorías de afrontamiento con relación al factor *estado civil* se encuentra que no hay un grupo que marque las diferencias en cuanto al promedio de respuestas en cada categoría.

CATEGORÍA	SOLTERO	CASADO	U.LIBRE	SEPARADO	VIUDO
RV	3.97	3.70	4.14	3.42	3.39
HE	4.47	3.51	4.00	4.08	4.08
PC	4.96	3.48	3.31	3.58	3.75
AR	4.12	3.86	2.68	2.22	3.21
ASR	4.45	3.56	4.34	2.90	2.01
D	4.08	3.71	3.21	3.82	3.46

Tabla 6. Puntuaciones obtenidas a las categorías de afrontamiento en lo que se refiere al factor ESTADO CIVIL.

En lo que se refiere a la respuesta de las categorías de afrontamiento con relación al factor *religión* se encuentra que los católicos utilizan mayormente la categoría de Reevaluación – Positiva mientras que el otro grupo utiliza más la categoría de Planeación-Confrontación:

CATEGORÍA	CATÓLICOS	OTROS
RV	3.88	2.37
HE	3.83	3.07
PC	3.82	3.24
AR	3.87	2.37
ASR	3.80	2.86
D	3.80	2.62

Tabla 7. Rango promedio de respuesta obtenido en las categorías de afrontamiento en lo que se refiere al factor RELIGIÓN.

En cuanto al promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento con relación al factor *ocupación* se observa que no hay un grupo que marque diferencias en cuanto al promedio de respuestas en cada categoría.

CATEGORÍA	HOGAR	EMPLEADO	PROFESIONISTA	ESTUDIANTE	ESTUDIA Y TRABAJA
RV	3.58	3.87	3.77	4.41	3.85
HE	3.64	3.89	3.44	6.50	3.01
PC	3.50	3.83	3.99	6.12	2.04
AR	3.60	3.88	3.62	3.44	5.96
ASR	3.49	3.83	4.19	5.37	2.29
D	3.73	3.80	3.56	5.29	3.24

Tabla 8. Puntuaciones obtenidas a las categorías de afrontamiento en lo que se refiere al factor OCUPACIÓN.

En lo que se refiere al rango promedio de respuesta de las categorías de afrontamiento con relación al factor *etapa* se encontró lo siguiente:

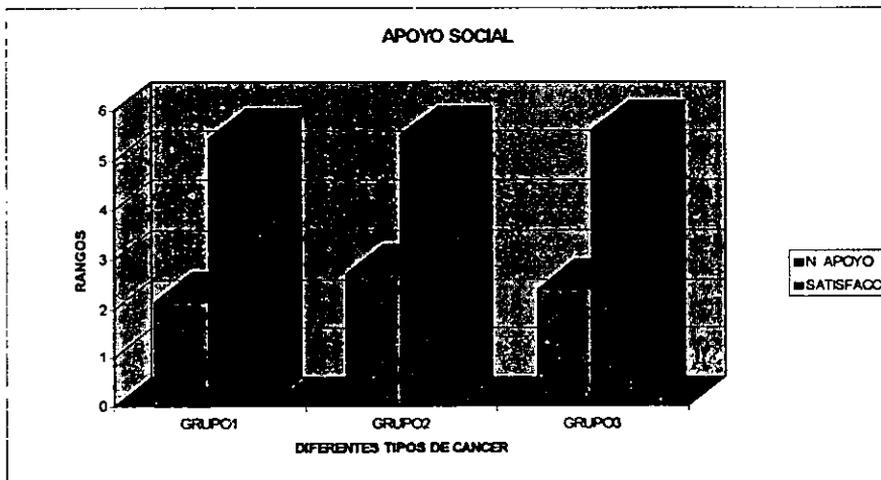
CA TÉ GO RÍA	INSI TU	1	1 ^a	1B	2	2A	2B	2C	3 A	3B	4	NC TFS
RV	3.42	4.33	3.83	2.99	3.19	3.02	3.90	3.87	3.36	4.70	3.09	3.40
HE	3.91	4.19	3.01	2.79	2.75	2.21	3.99	4.86	3.06	4.68	4.17	3.11
PC	3.91	4.20	3.28	3.40	2.52	2.49	3.81	4.37	3.84	4.69	3.76	4.19
AR	1.98	4.25	4.19	2.44	3.69	3.20	4.10	3.79	3.16	5.28	3.09	3.14
ASR	3.16	4.51	3.54	2.30	3.11	3.48	4.48	3.85	4.05	4.65	3.41	2.78
D	2.75	4.62	3.46	2.27	3.24	2.14	4.37	3.70	3.94	4.48	2.61	4.14

Tabla 9. Puntuaciones obtenidas a las categorías de afrontamiento en lo que se refiere al factor ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

3.2 RESULTADOS DE APOYO SOCIAL

En cuanto al apoyo social, el cuestionario arrojó dos tipos de puntuaciones, las que se refieren al número de apoyo social que les brindan las personas más cercanas de su entorno y las puntuaciones que se refieren al nivel de satisfacción. Se observa que el promedio general que maneja la muestra en cuanto al número de apoyo social es de 2.42 y el nivel de satisfacción es de 5.51.

Con el fin de conocer si existían diferencias significativas en el promedio de respuesta del apoyo social con relación al factor *diagnóstico* se utilizó la prueba de Friedman. Se observa que el grupo de cáncer de mama cuenta con un mayor número de apoyos sociales, mientras que el grupo de cáncer testicular muestra una mayor satisfacción del número de apoyo social con el que cuenta. Sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas.



Gráfica 4. Promedio de respuesta del apoyo social en los tres tipos de cáncer.

En cuanto a la respuesta al apoyo social con relación al factor *edad* se encuentra que el grupo de edad entre 40 y 50 años cuenta con un mayor número de apoyo social así como de una mayor satisfacción. Es importante resaltar que estas diferencias no son estadísticamente significativas.

EDAD	# DE APOYO	SATISFACCIÓN
20-29	2.19	5.31
30-39	2.29	5.42
40-50	2.54	5.58

Tabla 10. Puntuaciones obtenidas en cuanto al Apoyo Social en lo que se refiere al factor EDAD.

En cuanto a la respuesta al apoyo social con relación al factor *edad* se encuentra que las mujeres cuentan con un mayor número de apoyo social a diferencia de los hombres quienes muestran una mayor satisfacción. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

SEXO	# DE APOYO	SATISFACCIÓN
MASCULINO	2.40	5.60
FEMENINO	2.43	5.47

Tabla 11. Puntuaciones obtenidas en cuanto al Apoyo Social en lo que se refiere al factor SEXO.

En lo que se refiere al apoyo social con relación al factor *estado civil* se encuentra que las personas casadas cuentan con un mayor número de apoyo social además de mostrar diferencias en cuanto al grado de satisfacción con respecto a los demás grupos.

EDO. CIVIL	# DE APOYO	SATISFACCIÓN
SOLTERO	2.26	5.42
CASADO	2.62	5.57*
U. LIBRE	1.79	5.56
SEPARADO	1.10	4.72
VIUDO	1.90	5.75

Tabla 12. Puntuaciones obtenidas en cuanto al Apoyo Social en lo que se refiere al factor ESTADO CIVIL. * Este grupo marcó diferencias significativas en cuanto a la satisfacción en comparación con los demás grupos ($p=0.32$)

En cuanto al factor *religión*, el grupo que presenta mayor número de apoyo social fue el grupo 2 (No Católicos) a comparación del grupo 1 (Católicos). En cuanto al nivel de satisfacción, en el grupo 2 muestra una mayor satisfacción a diferencia del grupo 1, siendo éstas diferencias no estadísticamente significativas entre grupos.

RELIGIÓN	# DE APOYO	SATISFACCIÓN
CATÓLICA	2.37	5.47
OTRAS	2.68	5.71

Tabla 13. Puntuaciones obtenidas en cuanto al Apoyo Social en lo que se refiere al factor RELIGIÓN.

En lo que se refiere al factor *ocupación*, el grupo que presenta mayor número de apoyo social es el grupo 4 (Profesionistas) y el grupo que presenta menor número de apoyo es el grupo 1 (Hogar). En cuanto al nivel de satisfacción, la mayor puntuación se concentra en el grupo 5 (Estudiante), y en el grupo 6 (Estudia y Trabaja), aunque dichas diferencias no son estadísticamente significativas entre grupos.

OCUPACIÓN	# DE APOYO	SATISFACCIÓN
HOGAR	2.29	5.48
EMPLEADO	2.34	5.48
PROFESIONISTA	2.96	5.58
ESTUDIA	2.64	5.73
ESTUDIA Y TRABAJA	2.66	5.00

Tabla 14. Puntuaciones obtenidas en cuanto al Apoyo Social en lo que se refiere al factor OCUPACIÓN.

Con referencia al factor *etapa de diagnóstico*, el grupo que presenta mayor número de apoyo social fue el grupo 1 (in situ). En cuanto al nivel de satisfacción, en el grupo 11 (etapa 4) y la menor puntuación se observa en el grupo 9 (etapa 3a), donde se encuentran diferencias no estadísticamente significativas entre los grupos.

ETAPA	No. DE APOYO	SATISFACCIÓN
IN SITU	3.29	5.53
1	2.11	5.52
1ª	2.48	5.39
1b	2.33	5.37
2	1.89	5.37
2ª	2.57	5.61
2b	2.80	5.52
2c	1.87	5.64
3ª	2.08	5.32
3b	3.24	5.63
4	2.35	5.74
NCTFS	2.54	5.35

Tabla 15. Puntuaciones obtenidas en cuanto al Apoyo Social en lo que se refiere al factor ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

3.3 RESULTADOS DE CORRELACIÓN

Finalmente, al considerar la correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y apoyo social en los tres diferentes grupos, se encuentra que es mayor la relación entre el número de apoyo social y la categoría de Apoyo Social-Responsabilidad. Asimismo, se encuentra que la categoría de Revaluación Positiva tiene una mayor relación con la satisfacción. Esta correlación se considera como estadísticamente no significativa.

CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO	APOYO SOCIAL	SATISFACCIÓN
RV	.12	.26
HE	-.03	-.05
PC	.11	.07
AR	.11	.12
ASR	.18	.15
DIST	-.08	-.06

Tabla 16. Correlación entre las categorías de afrontamiento y el apoyo social.

Específicamente se investigó la correlación entre las categorías de afrontamiento y el apoyo social en cada uno de los grupos de cáncer. Primeramente, en el grupo de cáncer cervicouterino se encontró que la relación mayor fue entre la categoría de Apoyo Social-Responsabilidad y el número de apoyo social. La satisfacción estuvo inversamente relacionada con la categoría de Huida-Evitación. Se debe considerar que esta correlación no es estadísticamente significativa.

CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO (Cáncer Cervicouterino)	APOYO SOCIAL	SATISFACCIÓN
RV	.07	-.13
HE	-.12	-.27
PC	.13	.11
AR	.12	-.00
ASR	.17	.13
DIST	-.13	-.19

Tabla 17. Correlación entre las categorías de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer Cervicouterino.

Por otro lado, en el grupo de cáncer de mama se encontró que también la relación mayor fue entre la categoría de Apoyo Social-Responsabilidad con el número de apoyo social. Así como la satisfacción estuvo inversamente relacionada con la categoría de Distanciamiento. Se considera que esta correlación es estadísticamente no significativa.

CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO (Cáncer de Mama)	APOYO SOCIAL	SATISFACCIÓN
RV	.14	.25
HE	-.09	-.25
PC	.04	-.22
AR	.10	.02
ASR	.23	.05
DIST	-.20	-.33

Tabla 18. Correlación entre las categorías de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama.

Finalmente, en el grupo de cáncer testicular se encontró que la relación mayor fue entre la categoría de Planeación-Confrontación con el número de apoyo social. Mientras que la satisfacción estuvo relacionada con la categoría de Revaluación Positiva. Se considera que esta correlación es estadísticamente no significativa.

CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO (Cáncer Testicular)	APOYO SOCIAL	SATISFACCIÓN
RV	.29	.66
HE	.13	.25
PC	.31	.28
AR	.21	.30
ASR	.25	.23
DIST	.04	.12

Tabla 19. Correlación entre las categorías de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer testicular.

3.4 DISCUSIÓN

Tal y como lo plantea Ibañez (1984 citado por Moro, 1993), "en algunos estudios parecen convertir al paciente como culpable de su enfermedad y no toman en cuenta factores sociales, culturales y ambientales que influyen también en el paciente con cáncer". Por tal razón, se consideró importante contemplar estos factores para tener del paciente oncológico un bosquejo más amplio de su calidad de vida tomando en consideración el factor físico, psíquico y social (Ibañez y Andreu, 1988), que en éste estudio se refiere a la repercusión del cáncer en el paciente, a los estilos de afrontamiento y al apoyo social respectivamente.

A diferencia de lo que Hersch (1984 citado por Moro, 1993) llegó a mencionar sobre el miedo por parte del enfermo con cáncer respecto a la pérdida del control de la situación, hacia la muerte, e inclusive de poder presentar una serie de respuestas negativas a los tratamientos médicos. En este estudio se encontró que los pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular, tienen una actitud muy realista de su enfermedad, tanto en las consecuencias como en la forma de combatirla. Por tal motivo la categoría de afrontamiento más utilizada, en general, es la de Autocontrol-Responsabilidad, lo cual influye para que sean personas completamente apegadas al tratamiento médico.

También se observó que los pacientes con una edad promedio entre veinte y treinta años de edad, quienes en su mayoría eran hombres solteros, tienden a presentar mayores intentos de modificar su situación, según Fiefel y col. (1987 citado por Rowland, 1989 c), el uso de esta estrategia por pacientes con cáncer de testículo se asocia a quienes son más extrovertidos, tal y como se encontró en este estudio. Sin embargo, contrariamente a lo que el autor afirma en relación a que perciben su enfermedad como algo serio, se encontró que estos pacientes aminoran la importancia de su enfermedad. Debido a esto se acepta la hipótesis planteada de que sí existe relación entre el afrontamiento y los factores diagnóstico y edad.

Asimismo, la estrategia de Reevaluación positiva fue más común entre las personas de religión católica, como lo reportan Dunkel, Feinstein y Taylor (1992) en un estudio realizado, donde las personas de esta religión intentan dar un significado positivo a la situación y lograr con esto un crecimiento personal.

Por otro lado, en esta investigación el apoyo social se consideró estar integrado por dos aspectos: número de apoyos sociales con los que cuenta el paciente adulto con cáncer y la satisfacción que percibe de estos apoyos.

De esta forma, se observó que los pacientes adultos con cáncer contaban con dos personas que les brindaban apoyo durante su enfermedad. En relación a esto, Lazarus y Folkman (1986) plantean que el contar con personas que les proporcionan apoyo puede ayudar a los sujetos a prevenir el estrés pues atenúa las experiencias amenazantes y proporciona recursos para afrontar positivamente la enfermedad, facilitando así las posibilidades de supervivencia como lo mencionan Weisman y Worder (1976-77 citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Además, se pudo observar que los factores como son edad, sexo, edo. civil, diagnóstico, etapa de diagnóstico, religión y ocupación no son factores influyentes que determinen el número de personas que le brindan apoyo durante su enfermedad, aceptando así la hipótesis nula que plantea esta investigación con respecto a estos factores.

En lo referente a la satisfacción que el paciente percibe del apoyo social con que cuenta, se pudo observar que experimentan un alto grado de satisfacción del apoyo que recibe durante su enfermedad. Con relación a esto, Cohen (1985 citado por Buendía, 1990) y Buendía, J. (1991) establece que un adecuado apoyo puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos para reducir o eliminar la reacción ante una situación estresante. De esta forma, un apoyo social adecuado funciona como amortiguador ya que reduce tanto la importancia percibida del problema como los efectos perjudiciales que este tiene para la salud.

Al relacionar la satisfacción con los factores: diagnóstico, etapa de diagnóstico, edad, religión, sexo y ocupación se observó que estos no determinan el grado de satisfacción que experimentan los pacientes del apoyo recibido. De esta forma se acepta la hipótesis nula que se refiere a estos factores en relación con la satisfacción y se corrobora lo anterior con lo estudiado por Kobasa (1979) quien afirma que la influencia positiva del apoyo social es independiente de factores como el nivel socioeconómico, sexo y la biografía de la persona. Sin embargo, se observó también que el factor estado civil sí influye en la satisfacción que percibe el paciente, con esto se acepta la hipótesis que manifiesta que el estado civil es un factor influyente en el grado de satisfacción experimentado.

Finalmente, al estudiar la relación entre el afrontamiento y el apoyo social (número de apoyo y satisfacción) se pudo observar que no existe una relación significativa entre ambas variables y que pudiera manifestar la influencia de una sobre la otra. Esto se contrapone con lo encontrado por diversos autores como Lazarus y Folkman (1984) quienes establecen que el apoyo social determina la forma de afrontar la situación estresante facilitando así la adaptación del individuo. Asimismo, Moss y Sheifer (1992 citado por Rowland, 1989c) afirman que el afrontamiento moviliza la búsqueda del apoyo social. Mientras que Dunkel, Schetter, Folkman, Lazarus (1987 citado por Dunkel et al., 1992) establecen que el contar con un alto o bajo nivel de apoyo social determina la utilización de estrategias de afrontamiento específicas.

3.5 CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos y considerando que no pueden ser generalizados, se retoman los objetivos de esta investigación y se observa que los ochenta pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular que participaron en esta investigación utilizaron de alguna forma todos los estilos de afrontamiento.

Sin embargo, los pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular utilizan con mayor frecuencia la categoría de *Autocontrol- Responsabilidad* la cual indica que se encuentran plenamente conscientes de su enfermedad, de las consecuencias y del avance de la misma, por lo que recurren frecuentemente a regular sus sentimientos y acciones con el fin de llevar a cabo una mayor aceptación de su enfermedad y así tener una participación activa en su tratamiento.

También se concluye que el afrontamiento es independiente de factores como son: sexo, estado civil y etapa de diagnóstico.

Sin embargo, los factores diagnóstico y edad sí influyen en el uso de las estrategias de afrontamiento ya que los pacientes con cáncer testicular y con una edad específica entre veinte y veintinueve años (a diferencia de los pacientes con cáncer cervicouterino y de mama) tienden a utilizar con más frecuencia la categoría de *Distanciamiento*, ya que aminoran la importancia de la situación y recurren más a apoyos externos (emocionales, tangibles o informativos) para sobrellevar su enfermedad. También, se presentan menos cooperadores durante el transcurso de su padecimiento, a la vez que no controlan adecuadamente sus sentimientos y acciones.

De igual forma, el factor ocupación sí influye para que la categoría de *Huida-Evitación* sea más utilizada por los pacientes quienes se encontraban desempeñándose como estudiantes, esto puede deberse a que el ser estudiante requiera de realizar diferentes actividades que le permiten distraerse de su situación.

Asimismo, el factor religión también influye en la utilización de la estrategia de *Reevaluación Positiva* ya que los pacientes de religión católica intentan dar un significado más positivo a su situación para lograr con esto un crecimiento personal. Esto puede deberse a la fe que las personas tienen a algo grande, poderoso y fiel como lo es Dios para los católicos, quienes mediante él obtienen la esperanza de la resignación a su situación, de seguir adelante cada día e incluso de la cura a su enfermedad.

Por otro lado, se estudió también el apoyo social en los pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular tanto en el número de personas que le brindan apoyo como en la satisfacción que percibe de este apoyo. Encontrando que estos pacientes cuentan por lo menos con dos personas que les brindaban apoyo durante su enfermedad, además de experimentar sentirse muy satisfechos con este apoyo ya que su percepción de ser valorados y amados influye en su bienestar.

Además, se encontró que ambos aspectos del apoyo social (número de apoyos y satisfacción) son independientes de los factores: religión, sexo, ocupación, edad, diagnóstico y etapa de diagnóstico. Aunque el factor estado civil no determina el número de personas que considera le brindan apoyo durante su enfermedad, si determina la satisfacción que percibe del apoyo de estas personas.

Por último, se estudió la correlación entre los estilos de afrontamiento y el apoyo social percibido en el paciente con cáncer de mama, cervicouterino y testicular. Donde se encontró una correlación estadísticamente no significativa. Lo cual indica que el apoyo social con el que cuenta el paciente tanto en el número de apoyos como en la satisfacción, no influyen para que adopte alguna estrategia específica de afrontamiento; y que a su vez ninguna de las estrategias utilizadas por el paciente para afrontar su enfermedad determinarán el número de personas que le apoyarán ni la satisfacción que experimente de este apoyo recibido.

3.6 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En el presente estudio se encontró como una principal limitación que los instrumentos no cuentan con normas establecidas para la población con características similares a las contempladas en este estudio, por lo tanto, los resultados solamente son aplicables a la muestra estudiada y no pueden ser generalizados. Por esta razón sería importante que en próximas investigaciones se realizara la estandarización de estos instrumentos con el fin de hacer posible la generalización de los datos obtenidos, o bien, utilizar instrumentos que tengan normas ya establecidas para este tipo de población.

Otra limitante de este estudio es el hecho de que el instrumento utilizado para medir el apoyo social en pacientes con cáncer no contempla todos los tipos de apoyo con los que el paciente cuenta, los cuales pudieran ser apoyo intangible (Dios), apoyo emocional (mascotas) y apoyo informativo (folletos, documentales, pláticas). Por lo que se sugiere que en estudios posteriores se considere utilizar un instrumento que mida todos estos aspectos del apoyo social, ya que para el paciente con cáncer son de suma importancia y que pudieran determinar de manera significativa la forma de enfrentar su enfermedad.

3.7 APORTACIONES

Es importante considerar que una vez detectadas las estrategias de afrontamiento en esta investigación, sería posible llevar a cabo una intervención psicológica individual, con el objetivo de conocer el grado de *funcionalidad* que tiene para el paciente durante el proceso de su enfermedad, el utilizar determinados estilos de afrontamiento, para así poder promover aquellos estilos de afrontamiento que le permitan una mayor adaptación en el transcurso de la misma.

Además, con este tipo de investigaciones es posible contribuir de manera multidisciplinaria en el tratamiento del paciente con cáncer y no solamente desde el ámbito médico, logrando así abrir canales de ayuda ahora ya reconocidos, en el aspecto psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña L. Artículo en proceso de publicación.

Aymanns, P., Sigrun-Heide, F. Klauer T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptative correlates. *British Journal of Social Psychology*, 34,107-124.

Barrera, M., Sandler, I.N. y Ramsay T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support. Studies on collage students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

Bayes, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

Brown, G. W. y Harris T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorderin women*. London, Tavistock.

Buendía, J. (1989). *Apoyo social y Salud Mental*. Comunicación presentada en el Simposio sobre Servicios Comunitarios de Salud Mental. Granada, Asociación Mundial de Psiquiatría.

Buendía, J. (1990). *Depresión y Apoyo Social*. Ediciones Myrtra.

Buendía, J. (1991). "Apoyo social y salud". En Buendía, J. *Psicología Clínica y Salud*. Desarrollos actuales Universidad de Murcia. pp.189-210.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Caplan, H.(1974). *Systems and community mental health*. New York, Behavioral Publications.

Cassel, J. (1974). *Psychosocial processes and stres theoretical formulation*. International of health services. 6. 471-482.

Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). "Stress, social support and the buffering hypothesis". *Psychology Bull.* 98: 310-357.

Comité de Educación Profesional de la Unión Internacional contra el cáncer -UICC-. (1978). *Oncología clínica*. Barcelona. Ed. Científica Médica.

Dunkel, S.C., Feinstein, L.G., Taylor S.E. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health the Psychology*. 77(2) 79-87.

Etapé, J., Domenech D. (1992). **Enfermería y cáncer**. Barcelona, España. Ed. Científica Médica.

Ferrero, J. y Barreto, Ma. P. (1992). "Algunas consideraciones teóricas sobre las relaciones entre Psicología y Cáncer". *Oncología*, 15(4): 434-440.

Fischer, C. S. (1992). **To dwell among friends: Personal networks in town and city**. Chicago, University of Chicago Press.

Folkman, S. and Lazarus R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Support*. 21, 219-239.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Sheffer, C., and De Longis, A. (1986). Dynamics of a stressful encounter cognitive, appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 992-1003.

Gómez de Borda, Ma. I.; González Glz, J. A. y Llorca, G. (1988). "Estudio psicológico del enfermo Oncológico". *Psiquis. Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 9(4):29-36.

Gottlieb, B. H. (1978). The development and application of a clasification. Scheme of informal helping behavior. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10. 105-115.

Holohan, C. J., Moos, R. H. (1985). Life stress and Health: Personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and social. Psychology*, 49: 739-742.

Ibañez, E. y Andreu, Y. (1988). "Calidad de vida y Psicología Oncológica". *Anuario de Psicología*, 38(1): 7-21

Joya, L. y Ortega, R. Artículo en proceso de Publicación.

Kaufman, A.E. (1989). "Los enfermos frente a su cáncer". En Kaufman, A, Aiach, Py Waisman, R: **La enfermedad grave. Aspectos médicos y Psicosociales**. pp.29-105

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37: 1-11.

Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). **Estrés y Procesos cognitivos**. Martínez Roca Barcelona. pp 140-246

Leyton, F. (1992). **Diccionario de la lengua española**. Mc. Graw- Hill. México.

Massie, M. J., Holland, J. C. y Straker, N. (1989). "Psychoterapeutic interventions". En Holland, J. C. y Rowland, J. H., **Handbook of Psychooncology**, pp 455-469.

Moro, L. (1993). "El paciente con cáncer y su entorno". Barcelona. Fundación la Caixa.
Rowland, J. H. (1989 a). "Intrapersonal resources: Social support ". En Holland, J. C. y Rowland, J. N., **Handbook of Psychooncology**. pp. 58-71.

Rowland, J.H. (1989 b). "Development stage and adaptation: adult model". En Howland, J. C. y Rowland, J. H.: **Handbook of Psychooncology**. pp. 25-43.

Rowland, J. H. (1989 c). "Intrapersonal resources: coping". En Holland, J.C. y Rowland, J.H., **Handbook of Psychooncology**. pp 44-57.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., y Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support. The social support Questionnaire. *Jornal of Personality and social psychology*. 44, 127-130.

Schavelzon, J.-(1988). "Paciénte con cáncer", **Psicooncología y Psicofarmacología**. Científica Interamericana. Argentina.

Solá, C.-(1992). "Cáncer de mama". En Estapé, J. **Enfermería y cáncer**.

Solá, C. (1992). "Cáncer de testículo". En Estapé, J. **Enfermería y cáncer**.

Thoits, P.A. (1983). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of health and social behavior*, 23.

Tross, S. Y Holland, C.J. (1989). "Psychological sequelae in cáncer survivors". En Holland, J. C. y Rowland, J. H., **Handbook of Psychooncology**, pp 101-116.

Turner, R. J., Frankel, B. G. Y Levin, D. (1986). Social support, conceptualization, measurement and implications for mental health en J. R. Greenly. **Research in comunity and mental health** (Vol. 3). Greenwich, CN.

Wallston, B. S. and Alagn, S. W. (1983). Social support and Pysical health. **Health Psychology** 4: 367-391.

Walker, K. N., Macbride, A. y Vachon, M. L. S. (1977). Social Support networks and the crisis of berevement. **Social Science and Medicine**, 11. 35-42.

Warr, P., Banks, M. y Ullah, P. (1985). The experience of unemployente among Black and white urban teenagers. **British Journal of Psychology**, 76(1). 75-87.

Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment. A test of the buffering hipothesis. **American Journal of Community Psychology**, 9. 371-386.

ANEXO 1

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO "MODOS DE AFRONTAMIENTO"

Para la validación del cuestionario "Modos de Afrontamiento" de Lazarus y Folkman (1980), Joya y Ortega (1996) realizaron un análisis de frecuencias para descartar aquellos reactivos que no presentaban una distribución normal, así como una análisis factorial resultando siete factores con el 51.7 % de la varianza. Uno de los factores se eliminó por tener menos de tres reactivos, finalmente la varianza explicada fue de 48.3 %.

En este análisis el número de reactivos se redujo de 67 a 36, y quedaron ordenados en las siguientes categorías:

Categoría (emoción acción). Re-evaluación positiva.

Son los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación enfocado al crecimiento personal. También posee una connotación religiosa.

Categoría (negación). Huida-evitación.

Son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales orientados a escapar o evitar el problema.

Categoría (Acción-análisis). Planeación-Confrontación.

Se refiere por una parte, a los esfuerzos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad y una actitud hacia correr riesgos. Y por otra parte, se refiere a los esfuerzos deliberados para alterar la situación, orientados a la solución del problema apoyados en una perspectiva analítica para resolverlo.

Categoría (Acción-Decisión). Autocontrol-Responsabilidad.

Como autocontrol se refiere a los esfuerzos para regular los sentimientos y las acciones personales, y como responsabilidad al reconocimiento de la participación personal en el problema, con el interés de intentar poner las cosas en orden.

Categoría (Emoción-Apoyo). Apoyo Social- Responsabilidad.

Apoyo Social se refiere a los esfuerzos para buscar apoyo informativo, tangible y emocional, y como responsabilidad al reconocimiento de la participación personal en el problema, con el interés de intentar poner las cosas en orden.

Categoría (Acción pasiva). Distanciamiento.

Son los esfuerzos cognoscitivos para separarse de la situación y para minimizar su significancia.

A las categorías obtenidas también se les aplicó una prueba de alpha de Crombach para medir su consistencia interna quedando de la siguiente forma:

1. Reevaluación positiva	.85
2. Huida evitación	.65
3. Planeación Confrontación	.44
4. Autocontrol responsabilidad	.70
5. Apoyo social responsabilidad	.60
6. Distanciamiento	.60

Este cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) validado por Joya y Ortega (1996) quedó conformado después de su análisis estadístico por 29 reactivos de opción múltiple, el cual fue utilizado en la presente investigación.

ANEXO 2

"CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO"

LEE A POR FAVOR CADA UNO DE LOS ITEMS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN Y RODEE CON UN CÍRCULO LA CATEGORÍA QUE EXPRESA EN QUE MEDIDA ACTUÓ COMO DESCRIBE CADA UNO DE ELLOS.

		EN ABSOLUTO	EN ALGUNA MEDIDA	BASTANTE	EN GRAN MEDIDA
1.	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el siguiente paso).	0	1	2	3
2.	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4.	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5.	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
6.	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
7.	Me dije a mi misma cosas que hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3

8.	Cambie, maduré como persona.	0	1	2	3
9.	Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
10.	Me disculpe o hice algo para compensar.	0	1	2	3
11.	Acepté la segunda posibilidad mejor después de lo que yo quería.	0	1	2	3
12.	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
13.	Sali de la experiencia mejor de lo que entre.	0	1	2	3
14.	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
15.	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
16.	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
17.	Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
18.	Pregunté a un pariente o amigo y respete su consejo.	0	1	2	3
19.	Oculte a los demás lo que me iban las cosas.	0	1	2	3
20.	No tome en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
21.	Le conté a alguien como me sentía.	0	1	2	3

22.	Me mantuve firme peleé por lo que quería.	0	1	2	3
23.	Sabía lo que había de hacer así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
24.	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
25.	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
26.	Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo a la forma como me sentía.	0	1	2	3
27.	Soñé o me imagine otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
28.	Fantaseé e imagine el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
29.	Me preparé para lo peor.	0	1	2	3

ANEXO 3

"CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL".

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, liste las personas con las que usted cuenta o confía para ayudarlo o apoyarlo en la forma como describe la pregunta. Escriba el tipo de relación que cada persona tiene con usted (vea el ejemplo). No liste más de 9 personas por pregunta, ni más de una persona junto a cada número.

En la segunda parte, ponga un círculo o una cruz que indique el nivel de satisfacción global que tiene con el apoyo recibido en cada situación.

Si usted no cuenta con apoyo para alguna pregunta, marque "nadie", pero aún así evalúe su nivel de satisfacción.

Todas sus respuestas son confidenciales.

EJEMPLO

¿En quién confía para contarle información que pudiera meterlo a usted en problemas?

Nadie	1) hermano	4) papá	7)
	2) amigo	5) empleado	8)
	3) amigo	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

1. ¿En quién puede realmente confiar cuando necesita a alguien que lo escuche?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

2. ¿Con quién podría contar para ayudarlo si se peleara con un muy buen amigo y él/ella le dijera que no lo quería volver a ver?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

3. ¿En la vida de quienes cree que usted es una parte importante o integral?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

4. ¿Quién cree que lo ayudaría si se acabara de separar de su esposo (a) o novio (a)?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

5. ¿Quién cree que lo ayudaría en una situación de crisis, aún cuando implicara un esfuerzo para ellos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

6. ¿Con quién puede hablar francamente, si necesidad de cuidarse de lo que dice?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

7. ¿Quién lo ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que contribuir a los demás?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

8. ¿En quién puede confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando está estresado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

9. ¿Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

10. ¿En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubieran expulsado de la escuela o despedido de su trabajo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

11. ¿Con quién puede ser realmente usted mismo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

12. ¿Quién siente que realmente lo aprecia como persona?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

13. ¿Con quién puede realmente contar para darle consejos útiles que eviten que usted cometa errores?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

14. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo abiertamente y sin críticas cuando habla usted de sus sentimientos más íntimos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

15. ¿Quién lo apoya cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

16. ¿Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo hubiera tenido un accidente y estuviera grave en el hospital?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

17. ¿Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir más relajado cuando está bajo presión o está tenso?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

18. ¿Quién le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

19. ¿Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

20. ¿Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyarlo, independientemente de lo que le este sucediendo?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

21. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

22. ¿Con quién puede realmente contar para decirle, de forma amable y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

23. ¿Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

24. ¿Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

25. ¿Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado o preocupado?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

26. ¿En quién puede realmente confiar para apoyarlo cuando tiene que tomar decisiones importantes?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

27. ¿Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando está muy irritable?

- | | | | |
|-------|----|----|----|
| Nadie | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6) muy satisfecho | 5) bastante satisfecho | 4) un poco satisfecho |
| 3) un poco insatisfecho | 2) bastante insatisfecho | 1) muy insatisfecho |

ANEXO 4

"CARTA DE AUTORIZACIÓN"

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Brindo mi autorización para participar en la investigación que se encuentran realizando las Psicólogas Guillén Moreno Leticia y Palomares Ramírez Tomasa dentro del servicio de Oncología Médica y Quirúrgica. Conociendo de antemano que mi colaboración no tendrá ninguna repercusión en mi salud.

FECHA

FIRMA