



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS PERCIBIDO EN  
MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA  
**P R E S E N T A N :**  
BECERRIL CORONA MARISOL  
CAMACHO HERNÁNDEZ NYZMA  
CANABAL MORALES MARÍA DEL CARMEN

**JURADO DE EXAMEN**

Tutor (a): MTRA. GUILLERMINA NETZAHUATL SALTO  
Comité : MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA  
MTRA. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE  
MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA  
LIC. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2013



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...*

*«Usted perdone», le dijo un pez a otro, «es usted más viejo y con más experiencia que yo y probablemente podrá usted ayudarme. Dígame: ¿dónde puedo encontrar eso que llaman Océano? He estado buscándolo por todas partes, sin resultado». «El Océano», respondió el viejo pez, «es donde estás ahora mismo». « ¿Esto? Pero si esto no es más que agua... Lo que yo busco es el Océano», replicó el joven pez, totalmente decepcionado, mientras se marchaba nadando a buscar en otra parte.  
Anthony de Mello*

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente. Por abrirnos las puertas de sus instalaciones para adquirir habilidades y conocimientos. A los maestros que de alguna manera dejaron huella en nuestras vidas, compartiendo conocimientos y experiencias.

A la Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto, por sus observaciones que fueron importantes para tomar decisiones. Por la complicidad que tuviste con cada una de nosotras brindándonos tranquilidad y calmar nuestros nervios, por cada sugerencia realizada siempre impulsándonos. Gracias por ser nuestra guía.

Al Mtro. Edgar Pérez Ortega, por brindarnos su tiempo y darnos la confianza de regresar cuantas veces fuera necesario para responder más de una vez la misma pregunta, por la paciencia y el respeto mostrado hacia nosotras, el conocimiento adquirido y las sonrisas robadas.

A la Mtra. Alejandra Luna García, por impulsarnos a enriquecer más el trabajo, observando elementos que no habíamos considerado y el tiempo dedicado a las asesorías.

A la Mtra. Felicitas Domínguez Aboyte, por orientarnos y marcarnos los errores cometidos para enmendarlos oportunamente y no tener obstáculos para seguir con el trabajo.

A la Lic. Ana Teresa Rojas Ramírez, por darse el tiempo de asesorarnos y por sugerencias para enriquecer el trabajo.

Al Médico Aarón González Méndez, por todo el apoyo mostrado para retomar sabiamente el camino, por cada orientación, por brindarnos su espacio y su tiempo, así como por la dedicación a guiarnos y complementarnos.

*“Si en la noche me entretengo en las estrellas,  
y capturo la que empieza a florecer  
la sostengo entre las manos más me alarma,  
tantos siglos, tantos mundos, tanto espacio  
y coincidir”. (Alberto Escobar)*

Gracias a mis papás, Sara y Jorge, por darme la vida y brindarme su amor, cuidados y el apoyo, el cual me dan en cada paso que doy, hoy tomo una estrella más entre mis manos, símbolo de cada una de las metas que he logrado en este arduo camino que paso a paso voy forjando esta noche que conforma mi vida.

Esa estrella la comparto con ellos y con mis hermanas Liliana y Sara, y mi hermano Jorge, con cada uno de mis amigos y amigas que me han acompañado a lo largo de este proceso, en especial a Irais, Claudia, Aurora, Nyzma y Marisol, a su vez a Neto, Andrés, Jonathan, Hugo, Verónica y Alfonso; con César, con quien he compartido muchas experiencias agradables. Agradezco a todos ellos quienes en las buenas y en las malas han estado a mi lado y que han estado presentes en cada etapa de mi crecimiento personal y profesional, que a pesar de la distancia están disfrutando conmigo esta noche, mi noche.

¡Muchas gracias por compartir tantos siglos, tantos mundos, tanto espacio y coincidir!

*MARÍA DEL CARMEN CANABAL MORALES...*

*A mis padres:*

*Bertha y Demetrio por ser ese sustento a no desistir,  
por su tiempo de espera, su apoyo y sobre todo por confiar en mí.*

*A mis hermanas y hermano, Aurora, Xochitl y Víctor:*

*Por cada palabra de aliento, ayudarme a mantenerme en mí camino,  
por su valioso tiempo dedicado a mi más grande tesoro.*

*A mi gran rayo de luna:*

*Por ser ese motor para impulsarme, iluminarme en los momentos más  
oscuros, regalarme tu tiempo para poder continuar con mi meta, por esos  
minutos que no pase a tu lado, ni descubrí cosas contigo y sin embargo día a día  
me regalabas una sonrisa. Gracias Yereni.*

*A mi Doc.:*

*Por tu valioso tiempo dedicado a enriquecer el proyecto y el apoyo  
mostrado en todo momento, por cada consejo entregado sabiamente en el  
momento oportuno para seguir siempre adelante, por armarte de paciencia y no  
dejarme desistir, por esos momentos de tensión y por cada segundo de felicidad  
compartidos.*

*Gracias Aarón por ser ese puente que me permitió llegar al final.*

*A mis amigas, Carmen y Nyzma:*

*Por confiar en mí y permitirme ser parte de sus vidas,  
por su comprensión y apoyo para que las cosas marcharan y poder culminar  
satisfactoriamente. Mil gracias.*

*Y a todas aquellas personas que de manera indirecta me ayudaron a  
terminar, dando palabras de aliento, y de confianza, así como regalándome  
minutos dedicados a expresar por lo que pasaba en cada etapa de este  
proyecto.*

*MARISOL BECERRIL CORONA.*

*A mi papá Guillermo que durante todo este camino me apoyo,  
a pesar de las malas experiencias, por tolerar mi carácter, e impulsarme  
a siempre concluir el camino emprendido,  
a realizar las cosas con amor, a velar por mi prójimo.*

*A mi mamá Elizabeth, por su amor,  
su ayuda y consejos en  
la presentación de mis trabajos, por tus desvelos,  
por su fortaleza, por su paciencia y dedicación.*

*A ambos por que por sus, regaños y consejos logré concluir este proyecto,  
estoy muy agradecida de que sean mis padres porque  
sé que no soy perfecta, pero ustedes me aman sin condiciones ni medidas.  
Ustedes significan mucho para mí y aunque en ocasiones  
lo demuestre poco, los amo con todo mi corazón.*

*A mi abuelita Esther, por ser una luz muy importante  
en toda mi vida, por heredarme su carácter de fortaleza y  
por todo su amor mostrado en cada una de las etapas de mi vida.*

*A mis sobrinas Fernanda y Victoria  
qué con sus sonrisas y travesuras  
me impulsaron a continuar por el camino.  
Gracias, por decorar mi vida con su llegada.*

*A mi hermana Lizbeth por qué  
siempre creyó en mí y con sus consejos  
me apoyo para concluir este proyecto.*

*A mi hermana Yeslen  
por los momentos en que me ha demostrado  
que me quiere, ya que son de los más gratos.*

*A mis amigas Carmen y Marisol,  
porque juntas concluimos una meta muy importante  
para vida profesional por su apoyo, comprensión, consejos y  
por compartir este proyecto.  
Gracias mil por su amistad.*

*A mis amig@s Marysol, Dalila, Karina, Dorely, Israel, Carina, Chino, Paulina, Reyna,  
Aurora, Carmen, Claudia, Mayte y Marisol, gracias por compartir momentos buenos,  
malos, inolvidable, de aprendizaje y por enseñarme el valor de la amistad.*

*A la Mtra. Guillermina Netzahuatl,  
que ha sido un soporte, tanto en lo académico  
como en lo personal; por sus consejos,  
la paz que trasmite, la sonrisa  
y el abrazo con que te recibe siempre.*

*A mis Maestr@s Paty, Carmen, Azalia, Edgar,  
Concepción, Gabriela, Helen, Lili, Marla, Beatriz y Guillermina,  
Adriana, Silvia, que compartieron sus conocimientos,  
experiencias y resaltaron la humanidad como mi mayor cualidad y  
sobre todo que me brindaron una amistad.*

*A todas y cada una de las personas que me han impulsado siempre a seguir adelante a ser  
positiva. Amigos, familiares y maestros.  
A todos los quiero, admiro y respeto.*

*NYZMA CAMACHO HERNÁNDEZ*

*HÁBLAME DE TUS NOCHES INCIERTAS  
DEL DAÑO, QUE ESCONDE TU CUERPO,  
DE GOTEROS RECORRIENDO TUS VENAS  
PARA CURAR EL MAL DE TU PECHO.*

*CUÉNTAME TUS INQUIETUDES,  
CUÉNTAME TODOS TUS MIEDOS,  
NO QUIERO QUE DE MÍ DUDES  
Y ME CUENTES TUS DESVELOS.*

*AMIGA DALE YA LA ESPALDA,  
QUE AL FINAL SE ABURRIRÁ,  
AL VERTE FUERTE Y ERGUIDA  
EL BICHO MALO SE MARCHARÁ.*

*UNIREMOS NUESTRA FUERZA,  
LUCHAREMOS HASTA EL FINAL,  
HASTA VERTE AMIGA CURADA  
Y LIBERADA DE TODO MAL.*

*¿VES, COMO VALIÓ TU EMPEÑO?  
¡HICISTE MUY BIEN EN LUCHAR!  
YA TODO SERÁ UN MAL SUEÑO  
DEL QUE TENDRÁS QUE DESPERTAR.*

*YA LO CONSEGUISTE AMIGA,  
TU FUERZA VENCÍÓ AL BICHO,  
LE GANASTE LA DURA BATALLA  
AL NO CONSENTIR SU CAPRICHIO.*

*ANÓNIMO.*

# INDICE

INDICE .....	9
RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1.....	4
ESTRÉS.....	5
1.1. ANTECEDENTES .....	5
1.2. DEFINICIÓN DE ESTRÉS .....	7
1.3. ENFOQUES.....	7
1.3.1. COMO RESPUESTA PSICOBIOLOGICA.....	8
1.3.2. COMO ESTÍMULOS AMBIENTALES.....	10
1.3.3. COMO UN PROCESO DE TRANSACCIÓN .....	12
CAPITULO 2.....	19
AFRONTAMIENTO .....	19
2.1. ANTECEDENTES .....	19
2.2. DEFINICIÓN .....	19
2.3. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO .....	21
2.4. CLASIFICACIÓN DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO.....	22
CAPITULO 3.....	30
CÁNCER DE MAMA .....	31
3.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	31
3.2. DEFINICIÓN .....	32
3.3. SEÑALES Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA.....	32
3.4. FACTORES DE RIESGO.....	33

3.5. DIAGNÓSTICO.....	36
3.6. TRATAMIENTO .....	37
3.7. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER DE MAMA .....	39
3.7.1. PRE DIAGNÓSTICO .....	40
3.7.2. DIAGNÓSTICO .....	41
3.7.3. TRATAMIENTO .....	44
3.8. INVESTIGACIONES.....	48
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	54
METODOLOGÍA.....	54
RESULTADOS .....	62
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	69
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	76
ANEXOS .....	83

## RESUMEN

En la actualidad el cáncer de mama se ha incrementado en México dicha enfermedad tiene implicaciones psicológicas. El objetivo de la presente investigación es conocer la relación entre el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, La muestra fue de 100 mujeres que se atienden en la Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM), las características fueron edad de 46 a 55 años, nivel escolar de licenciatura, dedicadas al hogar, provenientes de la ciudad, y el motivo de consulta era para un diagnóstico por parte de la institución. Esta investigación es de tipo descriptivo no experimental, con un estudio transversal-correlacional, el muestreo fue no probabilístico intencional. Se aplicó la Escala de Estrés Percibido (EEP) validada por González y Landeros (2007) con un alfa de Cronbach de 0.86 y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandin y Chorot (2003) con un alfa de Cronbach de .85. Los datos obtenidos se analizaron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 21, con el que se hizo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y análisis de correlación producto-momento de Pearson, con un valor  $R = -.339$

## INTRODUCCIÓN

El estrés es un proceso de interacción entre el medio y el individuo donde este da una valoración, determina si percibe una situación como estresante. El individuo realiza esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar demandas específicas ya sean externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de sus recursos, a este proceso se le llama afrontamiento.

Todas las personas están expuestas a diferentes situaciones que pueden percibir como estresantes, sin embargo, en el caso de las enfermedades, como es el cáncer de mama, donde hay un crecimiento excesivo de células malas y que se puede expandir a diferentes órganos o tejidos, es un evento estresante por naturaleza, ya que es una situación en donde hay una condición amenazante, de daño, pérdida o desafío; en cuanto a la salud, u posibilidad de la pérdida de una parte del organismo, así como de cambio de actividades rutinarias respecto a lo laboral, familiar y social, lo que genera consecuencias psicológicas y emocionales.

Ante dicha situación las mujeres utilizan una estrategia de afrontamiento en base a sus recursos individuales que pueden ser internos (físicos, biológicos, psicológicos y psicosociales) o externos (culturales y sociales), estos pueden dar un afrontamiento emocional o racional.

El interés de esta investigación es identificar la percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres diagnosticadas con cáncer

de mama en sus diferentes etapas y que son atendidas en la Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM). Para poder realizarla se aplicó la Escala de Estrés Percibido para confirmar si efectivamente esta situación es percibida por ellas como estresante; y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para analizar cuál es la estrategia de afrontamiento empleada en el proceso de su enfermedad, si está enfocada al problema o enfocada a la emoción.

En el capítulo 1 se desarrolla lo referente al estrés, sus antecedentes, definiciones, y enfoques desde el que es considerado ya sea como respuesta psicobiológica, estímulo ambiental o proceso de transacción.

En el capítulo 2 abarca el afrontamiento, desde sus antecedentes definiciones, recursos y la clasificación de respuestas de afrontamiento.

En el capítulo 3 se describe el cáncer de mama, la epidemiología en México, cómo se diagnóstica, algunos tratamientos e implicaciones psicológicas que se presentan.

En el capítulo 4 se desarrolla la metodología abarcando la pregunta de investigación, objetivos, variables, el tipo del diseño, la muestra, procedimiento y los instrumentos que se aplicaron.

En el capítulo 5 se describen los resultados obtenidos, la discusión y conclusión.

ESTRÉS

# CAPÍTULO 1

## ESTRÉS

### 1.1. ANTECEDENTES

El término estrés comenzó a utilizarse en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. Y es a finales del siglo XVIII cuando Hocke utilizó la palabra estrés desde una concepción de la física y definió la palabra “load” como una fuerza externa; estrés hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa “load”, que tiende a distorsionarlo; y strain era la deformación o distorsión sufrida por el objeto (Lazarus y Folkman, 1991).

Aunque Selye (1956) sentó las bases del concepto de estrés en el campo de la salud, las primeras aplicaciones del término a este campo tienen como antecedentes el concepto de equilibrio o constancia del medio interno corporal, propuesto por Claude Bernard en 1867, como esencial para el mantenimiento de una vida saludable, y la noción de homeostasis, que desarrolló Cannon (1932), para denotar la vuelta constante al estado ideal de equilibrio de un organismo después de ser alterado por las demandas del medio. Por lo tanto, un organismo se hace más vulnerable a las enfermedades cuando su equilibrio se altera y, sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado. Para Cannon la homeostasis constituye el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de regular las influencias del medio externo y las

respuestas correspondientes del organismo. En este contexto el estrés se entiende como un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos (Fernández, 2009).

Desde que Selye (1956), introdujo en el ámbito de la salud en la década del 20 al 30, el término "stress", éste se ha convertido en uno de los términos más utilizados por los diferentes profesionales de la salud, y también en el lenguaje coloquial del hombre en su vida cotidiana. La confusión y ambigüedad existente sobre la palabra estrés fue adecuadamente presentada por H. Selye en su libro *Stress without distress* (1974): La palabra estrés, al igual que "éxito", "fracaso" o "felicidad", significan diferentes cosas para diferente gente de tal manera que su definición es muy difícil. (González, 2007). Esta situación ha generado una diversidad conceptual, teórica y metodológica plasmada en una extensa gama de investigaciones. Pasando desde un esquema mecanicista estímulo-respuesta hasta un esquema dinámico entre persona-ambiente. Tal transición ha generado, entre los estudiosos e investigadores, la necesidad de construir modelos teóricos que otorguen unidad y coherencia a la base empírica.

Dentro de dicho esquema dinámico la literatura sugiere que la perspectiva transaccional, o ajuste persona- ambiente, es una de las más importantes y útiles en el estudio del estrés

## 1.2. DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El estrés ha sido frecuentemente “cosificado”, se ha querido convertir en algo que se puede “medir” o “curar”, cuando en realidad el estrés es un término, una palabra que se usa en muchas ocasiones para hablar de cosas tan diferentes, como una respuesta del organismo, un acontecimiento vital importante, un conjunto de malestares cotidianos o un proceso psicológico que involucra emociones, cogniciones y comportamientos (González, M., 2007).

Dos traducciones que se han hecho de la palabra estrés son:

De la palabra inglesa *stress* (esfuerzo o violencia), es un estado de tensión del organismo debido a una sobrecarga emocional y física (Torrabadella, 1997).

También se entiende desde la palabra latina *stringere* que significa apretar, comprimir, estrechar fuertemente, oprimir o sujetar; se relaciona con el vocablo inglés *strain*, que alude a la tensión excesiva conducente a comprimir y constreñir (Cólica, 2009).

## 1.3. ENFOQUES

No existe una unificación en cuanto al estudio del estrés, ha sido conceptualizado de tres maneras:

### **1.3.1. COMO RESPUESTA PSICBIOLÓGICA**

Se centra en cómo las personas reaccionan ante los estresores. Su principal representante es Selye (1956), quien formuló pautas seguidas por un proceso denominado “Síndrome General de Adaptación” en el que se hace referencia a un conjunto de reacciones fisiológicas inespecíficas ante cualquier hecho ambiental nocivo (Riquelme, 1993). Este proceso ocurre en tres fases:

- a. **Fase de alarma.** El sujeto se enfrenta a la situación estresante. El organismo está en presencia de un estímulo, se halla en estado de alerta (aumenta la frecuencia y la intensidad cardíaca, aumenta la tensión arterial, se altera el ritmo y la frecuencia de la respiración) y se coloca en posición de huida o ataque para establecer el equilibrio interno. Constituye el aviso claro de la presencia repentina de agentes estresores a los que el organismo no se está adaptando. Esta fase tiene dos etapas: la de *choque* en la que las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que ha de ponerse en guardia (taquicardia, pérdida del tono muscular, disminución de la temperatura y la presión sanguínea) son las reacciones iniciales e inmediatas al agente nocivo. Y la fase de *contrachoque* que se caracteriza por la movilización de las defensas, aparecen signos opuestos a los de la fase de choque.
  
- b. **Fase de resistencia.** Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, apartándose o adaptándose al estímulo

estresante. La resistencia al estrés produce cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones.

- c. **Fase de agotamiento.** Intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si el organismo no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma provocando que la vida del organismo esté amenazada.

Diversos autores hacen referencia a la respuesta psicobiológica del estrés que a continuación se describe:

Consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, así como en la preparación del organismo para una intensa actividad motora (González, 2007).

Reacciones de las personas a los estresores que se colocan fuera del individuo. Se entiende como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que se enfrenta una persona (Milena y cols., 2007).

Cohen y Williamson (1991), puntualizan al estrés como un estado de inconformidad emocional y psicológica que puede ser ocasionado por factores internos y/o externos que producen un malestar físico o psicológico en el individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad o ira) (Ancer, L., Meza, C., Pompa, F. y Landero, 2011).

Para Sandín (1995) y Carrobles (1996), el estrés es un estado fisiológico de activación que ocurre en respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales (Moral y Martínez, 2009).

Este enfoque se centra en la respuesta del organismo pero, se tiene que considerar que es lo que la causa, sin embargo hay autores que conceptualizan al estrés como un estímulo ambiental.

### **1.3.2. COMO ESTÍMULOS AMBIENTALES**

Este enfoque es el que se centra en los estímulos, otorgando importancia a las situaciones que provocan estrés (estresoras o estresantes). Tuvo su expresión más ferviente en la teoría de los eventos vitales, la cual plantea que los acontecimientos con características afectivas negativas, que se dan durante el ciclo vital o biográficos, por su naturaleza misma generan una situación permanente, irreversible o apenas reversible; cambian drásticamente el entorno de una persona y, con ello, su experiencia de la vida; que pueden constituir crisis de transición y a veces de crecimiento. Algunos ejemplos de estos son la pubertad, la muerte de los padres y otros seres queridos, la pérdida del trabajo o de la pareja, un accidente o enfermedad grave. Es decir, excesos o heterogeneidades de estimulación que el individuo no puede procesar de manera correcta (Fierro, citado en Hombrados, 1997).

Holmes (1979), plantea al estrés *como un acontecimiento estímulo* que requiere una adaptación por parte del individuo. Ante cualquier circunstancia que,

de una manera inusual o extraordinaria, requiera del individuo un cambio en su modo de vida habitual, será considerada como una circunstancia estresante (Jaureguizar y Espina 2005). Un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones) (González y Landero, 2009).

Milena y cols. (2007), entiende al estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento homeostático del organismo. De acuerdo con Labrador (1995), en el ámbito natural se pueden distinguir tres situaciones estresantes:

- a) *Sucesos vitales intensos, extraordinarios, importantes*: son los que exigen al organismo un proceso de adaptación casarse, ser abandonado, ascenso de puesto laboral, accidente o la muerte de un amigo cercano.
- b) *Sucesos diarios estresantes de menor intensidad, son pequeñas molestias y contrariedades*, como: dolores de cabeza, alto volumen de la televisión, dificultades para trasladarse al trabajo, no poder comer de forma relajada.
- c) *Situaciones de tensión crónica mantenida*, son intensos importantes y además duraderos y repetidos estas se producen por la presencia prolongada de los antes mencionados (González, 2007).

La teoría de los eventos vitales ha ido decayendo, al irse conociendo todos los factores que otorgan carácter estresante a una situación y al desarrollarse el modelo cognitivo del estrés, que a continuación se describe.

### **1.3.3. COMO UN PROCESO DE TRANSACCIÓN**

Lazarus y Folkman (1984, citado en Fierro, 1997), abogan por una concepción del estrés como relación, por un concepto relacional: un acontecimiento estresor sobre un sujeto susceptible. Así se entiende que condiciones ambientales extremas son estrés para todo el mundo, mientras otras no lo son tanto (y hacen aparecer diferencias individuales). Definen, pues el estrés como "una clase particular de relaciones E-R, una relación apreciada ("appraised") por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

Lazarus y Folkman (1991), definen el *estrés (denominado estrés psicológico) como proceso*, basándose fundamentalmente en el individuo (su valoración cognitiva), y más específicamente, en las relaciones entre el individuo y el medio.

En todo este proceso destacan dos conceptos que juegan un papel muy importante, la evaluación cognitiva y la respuesta de afrontamiento:

La *evaluación cognitiva*, es la que realiza el sujeto sobre el estresor, si es importante para su bienestar y, en caso de que lo sea, si es potencialmente bueno o malo.

La *respuesta de afrontamiento*, es un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de

restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente (Fernández, 2009).

Lazarus y Folkman en 1986 distinguen tres tipos de evaluación:

- **Primaria.** En la que la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación es que la situación sea considerada como: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. En este último caso se admiten tres modalidades: amenaza (anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aún no ha ocurrido), daño-pérdida (el individuo recibe un perjuicio real, ya se ha producido daño y lo puede volver a sufrir) y desafío (el individuo valora la situación como un reto, ve la amenaza pero considera que es capaz de superarla si emplea adecuadamente sus recursos, se interpreta como la posibilidad de aprender o ganar).
- **Secundaria.** Se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles y un pronóstico de si cada opción tendrá o no éxito a la hora de abordar al estresor. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento (coping), el apoyo social y material. Con la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen

entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento y las que exige la situación.

Cuando las personas consideran que son capaces de hacer algo para manejar la situación y creen que van a tener éxito, se reduce el estrés (Brannon y Feist, 2001).

- **Reevaluación.** Implica procesos de retroalimentación o feedback que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el proceso mismo de afrontamiento. La reevaluación se refiere por tanto al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno y es debida a que las apreciaciones cambian constantemente a medida que se dispone de nueva información (Fernández, 2009).

Lazarus y Folkman (1991) concretamente describieron dos tipos de factores que influyen en la evaluación de una situación como estresante, y en su consecuente respuesta al estrés:

- a) *Personales; como las creencias y los compromisos.* En relación con las creencias, las atribuciones causales también influirán de forma decisiva sobre la evaluación de una situación como estresante o no (atribuir la causa de un suceso a factores internos/externos a la persona, controlables/incontrolables, estables/inestables, globales/específicas

tendrán diferentes efectos en las evaluaciones de la situación realizadas por el sujeto y en la respuesta que éste desplegará).

En cuanto a los compromisos, éstos revelarán lo que es realmente importante para cada sujeto: por ejemplo, la familia puede tener una importancia de primer orden para una persona, por lo que cualquier circunstancia que perjudique la paz familiar puede ser percibido como un estresor.

Así, por ejemplo, una determinada creencia sobre la enfermedad influirá inevitablemente en la evaluación primaria. También será importante la creencia sobre el control que cada uno percibe tener sobre la situación.

Existen otros factores personales que influirán en la evaluación y respuesta al estrés, como son la personalidad y los hábitos comportamentales (Friedman y Rosenman, 1974).

b) *Situacionales que influyen en la evaluación y respuesta del estrés* incluyen características distintivas objetivas de la situación (que la situación suponga una pérdida o un castigo) y las dimensiones objetivas de la situación. Entre las características objetivas de la situación Rodríguez (1995), destaca:

- La *valencia*: su potencialidad estresante inherente.
- La *controlabilidad*: inherente de la situación.

- La *mutabilidad*: la posibilidad de que la situación cambie por sí misma.
- La *ambigüedad*: el grado en que la situación en sí misma carece de información suficiente como para poder comprenderla.
- La potencialidad de *ocurrencia o recurrencia* de la situación.
- El *momento cronológico* respecto al ciclo vital.

A grandes rasgos, se puede decir que una situación ambigua será evaluada como más estresante que una situación claramente definida; del mismo modo, una situación incontrolable, impredecible o recurrente será también más estresante. En cualquier caso, los factores psicosociales determinarán en gran medida las percepciones e interpretaciones de los acontecimientos. Tal y como señala Rodríguez (1995) “*nuestra percepción está determinada por el ecosistema en que vivimos, y sobre todo por el subsistema social al que pertenecemos*” (p.62).

La forma en la que el individuo interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella determina, en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante. Las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés (González, 2007).

Milena (2007), retoma a Sandín quien señala que las orientaciones basadas en el modelo relacional o de proceso, en donde el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, asumiéndose que la

persona es un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas. Esta aproximación trata al estrés como un sistema de procesos interdependientes incluidos la evaluación y el afrontamiento que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas.

González y Landero (2008), lo definen como una interacción (transacción) entre el individuo y el medio (como proceso), retomando la teoría transaccional; se puede considerar que el estrés no es exclusivamente un evento externo, del cual el sujeto es víctima; por el contrario, el estrés psicológico se define como una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991).

Para la presente investigación el estrés es considerado como un proceso en la que existe una interacción entre el individuo y el medio, en donde el individuo hace evaluaciones cognitivas para determinar si la situación le es estresante o no.

Ante toda situación estresante las personas responden de diferentes maneras en la búsqueda de su bienestar, esto es de acuerdo a sus experiencias y aprendizajes; a lo que diversos autores han definido como afrontamiento, el cual se describirá en el siguiente capítulo.

# AFRONTAMIENTO

## **CAPITULO 2**

### **AFRONTAMIENTO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

En 1978, Lazarus y Launier presentan una pionera definición de coping (afrentamiento) como el “conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos” (Omar, 1995, p. 19).

Posteriormente definen afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

#### **2.2. DEFINICIÓN**

El término “afrontamiento” es la traducción castellana del término inglés “coping” y con él se hace referencia a enfrentarse a una situación estresante (Jaureguizar y Espina, 2005). Este concepto ha sido definido por diversos autores, algunos de ellos son:

Omar (1995), menciona que el coping se refiere a los pensamientos y conductas que la gente usa para resolver situaciones estresantes. Considerándolo

como el proceso que mediatiza las relaciones entre estrés y adaptación somática y psicológica.

Sandíni (1995), lo describe como los esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva acabo el individuo para hacer frente al estrés.

Carpentino (1995), lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigido hacia la adaptación. El afrontamiento intenta reducir los estresores fisiológicos y socio-psicológicos a niveles tolerables para adaptarse a la nueva situación.

Afrontamiento es siempre en alguna medida, extraer recursos de la falta de recursos, o sea, sacar fuerzas de flaqueza (Fierro, citado en Hombrados, 1997).

Papalia (2004), lo describe como un pensamiento o conductas adaptativas dirigidas a reducir o aliviar el estrés que surge de condiciones nocivas amenazantes o desafiantes.

El afrontamiento es un «esfuerzo» pero no un «resultado», o lo que es lo mismo, el afrontamiento como tal es independiente del resultado alcanzado (Pelechano, 2005).

Jaureguizar y Espina (2005), refieren al *afrontamiento* como el esfuerzo cognitivo, conductual y/o emocional que realiza el sujeto para manejar al estresor.

La gran mayoría de los autores utiliza este término para referirse a todo un conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas de la situación estresante.

Los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio (Milena, 2007).

Para esta investigación se considera al afrontamiento como el proceso cambiante mediante el cual, el individuo, maneja situaciones estresantes que son excedentes de sus recursos ya sean cognitivos o emocionales.

### **2.3. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO**

La forma de afrontar una de situación estresante se determina por múltiples factores, ya que cada persona cuenta con diferentes recursos.

Rodríguez (1995), clasifica los recursos de afrontamiento en:

**Físicos/biológicos:** incluyen todos aquellos elementos físicos de la propia persona que contribuyen a un afrontamiento más adecuado como su salud física, energía, fuerza, resistencia y su entorno físico (clima, condiciones de la vivienda).

- **Psicológicos/psicosociales:** son todas aquellas cualidades psíquicas y destrezas que pueden ser importantes en el afrontamiento de una situación

estresante, como la capacidad intelectual, autoestima, sentido de control, creencias, capacidad de solución de problemas, autocontrol.

- **Culturales:** son todos aquellos relacionados con los valores y atribuciones causales reconocidos por la cultura y sociedad de la que el sujeto forma parte: normas, símbolos, prejuicios, creencias, costumbres.
- **Sociales:** aquí se incluye el apoyo social, recurso crucial para hacer frente a los estresores.

Por lo tanto, dependiendo de los recursos de los que disponga el individuo, la respuesta de afrontamiento emitida variará significativamente.

#### ***2.4. CLASIFICACIÓN DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO***

En una recopilación realizada por Rodríguez (1995), de diversos autores propone la siguiente clasificación:

##### **❖ En función del foco:**

- **Centrado en la emoción** (afrontamiento emocional), se da después de una evaluación en la que se determina que no se pueden modificar las condiciones negativas, amenazantes o desafiantes del entorno.
- **Centrado en el problema** (afrontamiento racional), aparece cuando las condiciones aversivas o amenazantes resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Lazarus y Folkman, 1991).
- **Orientado a la situación**, se enfoca al evento estresante.

- **Orientado a la representación**, referido a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de información;
- **Orientado a la evaluación**, que incluye operaciones dirigida a la estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación (Perres y Reicherts, 1992).

❖ **Según su método:**

- **Aproximativas**, incluye todas aquellas categorías de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el estrés, o las emociones negativas.
- **Evitativas**, incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas.

Son dos orientaciones básicas hacia el acontecimiento estresante (dos formas de afrontar el estrés): la lucha o la huida. Ambas estrategias no se excluyen una de otra, pueden ser utilizadas de forma combinada de muchas maneras.

- **Pasivas**, cuando se omite toda acción, y se permanece en situación de espera.

Valdés y Flores (1985), tienen similitudes con las respuestas de afrontamiento en función de su método, describiéndolos como mecanismos de afrontamiento:

- **Adaptativos.** Tratan de suprimir los estímulos amenazadores o de reducir la activación biológica que provocan. Por ejemplo: comer, beber, fumar, dormir, respuesta sexual y hacer ejercicio.
- **De lucha.** Buscan el control de la situación, que no siempre tiene consecuencias positivas.
- **Inhibición.** Implica la inmovilidad por parte del sujeto, que se da como consecuencia de un estado de máxima activación ante el cual el sujeto reacciona con una respuesta de indefensión tras haber evaluado el entorno y sus posibilidades de adaptación. Por lo tanto, no se trata de una simple ausencia de conducta, sino la rendición del organismo en sus intentos por adaptarse al medio. Si la persona no puede huir de la situación estresante, puede emplear estrategias de afrontamiento distintas de las conductuales, como la habituación o defensas psicológicas para estructurar inmediatamente los efectos del entorno.

Por otro lado, Reeve (1994), realiza una distinción entre métodos de afrontamiento:

- Los **directos**, implican emplear recursos cognitivos y conductuales para provocar un cambio en el medio, de tal manera que la situación estresante deje de serlo. Un ejemplo de esto son: la resolución planificada de

problemas, el afrontamiento confrontativo (dirigirse directamente a la fuente de estrés e intentar combatirlo) y la búsqueda de apoyo social.

- Los **defensivos**, implican la evitación del estresor o la supresión de la respuesta emocional, cognitiva o fisiológica una vez que ocurre el estresor, ejemplos de estos son: mecanismos de defensa como la negación, la regresión o la proyección, el ejercicio físico, el consumo de drogas o las técnicas de autocontrol.

❖ **En función del tipo de proceso:**

- **Cognitivo.** Implican un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones dentro de las cuales se encuentran algunas como:
  - ✓ Minimización. Se basa principalmente en que las personas se dicen a sí mismas que no vale la pena preocuparse por el problema o que se resolverá en poco tiempo.
  - ✓ Distracción. En donde las personas pueden centrar su atención en los aspectos positivos de la situación o dirigir su atención hacia otras cosas.
  - ✓ Comparaciones sociales. En donde pueden usar procesos de comparación selectiva para asegurarse a sí mismos que las cosas podrían ser peor o que en algunos aspectos están mejor que otras personas.

- ✓ Reestructuración. En donde pueden intentar reinterpretar la situación de forma que se perciba como no problemática.
- ✓ Realce de la eficacia. En donde la persona recuerda los éxitos previos.
- ✓ Consideración de consecuencias. En donde la persona piensa sobre las consecuencias positivas o negativas de la realización de una conducta no deseada.
- ✓ Fuerza de voluntad. En donde simplemente se dice a sí mismo que no haga algo.
- **Comportamental**. Implica un intento de tomar decisiones y cambiar la situación problemática llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas, como son:
  - ✓ Solución de problemas. Es la búsqueda y reunión de información relevante para el problema, la evaluación, de los recursos de acción alternativos, y la decisión concreta de acción.
  - ✓ Acción directa. Implica hacer intentos de cambiar directamente la situación problemática, mediante negación o compromiso con otras personas.
  - ✓ Retirada o escape. Supone abandonar físicamente una situación problemática o evitarla.

- ✓ Conducta asertiva. Consiste en la capacidad para aplicar de forma apropiada conductas asertivas a situaciones sociales.
- ✓ Búsqueda de apoyo social. Es un proceso en que los individuos buscan activamente ayuda de otras personas: apoyo emocional; ayuda instrumental y ayuda económica.
- ✓ Relajación. Incluye varios métodos de relajación muscular, meditación, o métodos de control del estrés.
- ✓ Búsqueda de placer. Es un intento activo de proporcionarse experiencias positivas mediante el entrenamiento, las actividades sociales o del ocio.

❖ **En función al momento que se emiten:**

- **Anticipativa o preventiva:** conductas de solución de problemas (afrontamiento comportamental) que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante, esfuerzos para cambiar la interpretación la importancia percibida de una situación (afrontamiento cognitivo), y esfuerzos para evitar la ocurrencia de acontecimientos estresantes, que pueden ser tanto afrontamiento comportamental, como afrontamiento cognitivo. Es decir, pueden ejecutarse como un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se espera que ocurran.
- **Restaurativa:** el uso de estrategias cognitivas o comportamentales para resolver las dificultades en la medida en que los acontecimientos se van

presentando. Este tipo de afrontamiento incluye, una diversidad de estrategias como la solución de problemas que puede aplicarse a limitar el daño causado por los acontecimientos, o para intentar evitar que el estresor se vuelva a producir. Las personas pueden realizar actividades que distraigan su preocupación acerca del problema. Las reevaluaciones cognitivas del acontecimiento pueden utilizarse para restaurar la autoestima, o el nivel de autoeficacia percibida. Es decir, un comportamiento restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta de estrés ante el acontecimiento o situación.

❖ **Enfocadas en su amplitud o grado de generalidad:**

- **Generales / globales.** Se ejecutan conductas que permiten reducir o manejar categorías de estresores.
- **Específicas.** Pretenden manejar un estresor particular.

Como se puede observar las respuestas de afrontamiento se abordan de distintas formas, ya sea por el origen de la situación estresante, la acción a seguir de acuerdo al momento en que se emite, sin embargo estas se pueden agrupar en tres categorías que son aquellas que están enfocadas en lo racional, en lo emocional y lo general.

De acuerdo con el modelo de Lazarus y Folkman, y después de diversos análisis psicométricos Sandín y Chorot (2003), desarrollaron un instrumento para medir las estrategias de afrontamiento al estrés en el que se marca una diferencia

entre tres tipos de afrontamiento, racional, emocional y general que a su vez quedo dividida en siete subescalas dentro de lo racional esta la focalización en la solución del problema, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social. Lo que respecta al afrontamiento emocional, la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta. Quedando evitación y religión como estrategias de afrontamientos generales.

De acuerdo a la situación que el individuo percibe como estresante, y los recursos con los que cuente dependerá la respuesta de afrontamiento que podría emitir ante dicha situación. Se considera al cáncer de mama como una situación que es percibida como estresante por las mujeres que lo padecen, y que implican aspectos psicológicos durante el proceso de la enfermedad, los cuales se desarrollarán en el siguiente capítulo.

# CÁNCER DE MAMA

## CAPITULO 3

### CÁNCER DE MAMA

#### 3.1. EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con más de 520 000 muertes cada año, de las cuales 70% ocurre en países en desarrollo. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control (Primer Consenso Nacional sobre Tratamiento del Cáncer Mamario 1995).

Banks y cols. (2002, citado por Varela, B., Caporale, B., Delgado, L., Viera, M., Galain, A. y Schwartzmann, L., 2007) encontraron que las mujeres provenientes de áreas menos carenciadas eran más proclives a concurrir a programas, que aquellas con un nivel socioeconómico inferior .

En México, durante el 2010, el cáncer de mama ocupó uno de los principales tumores malignos siendo su incidencia del 24.3 %. Entre las mujeres, la tasa de morbilidad hospitalaria más alta se debe al cáncer de mama que afecta principalmente a las de edad de entre 50 a 59 años (29.8%) y le sigue el de 40 a

49 años (27.8%). En 2011 el porcentaje de mujeres que murieron por cáncer de mama fue de 13.8% (INEGI, 2013).

En los últimos años gracias a la aplicación del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama en México se ha logrado identificar un número mayor de casos nuevos detectados en estadios iniciales, lo que permite tratamientos menos invasivos y eleva los índices de supervivencia con mayor calidad de vida. Lamentablemente aun los resultados no son los esperados y continúan las tasas de mortalidad al respecto (Álvarez, 2008).

### **3.2. DEFINICIÓN**

El cáncer es una proliferación celular desordenada debido a la pérdida de los controles normales, que da lugar al crecimiento desordenado, ausencia de diferenciación, invasión tisular local y, con frecuencia, metástasis. El cáncer puede aparecer en cualquier tejido u órgano a cualquier edad (Beers, Porter, Jones, Kaplan y Berkwits, 2007).

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama (Harrison, 2009).

### **3.3. SEÑALES Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA**

La American Cancer Society (2012) refiere los siguientes síntomas:

- Nueva masa o protuberancia. Una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer. Incluso pueden causar dolor.
- Inflamación de parte o de todo el seno (aunque no se sienta una protuberancia definida).
- Irritación o hendiduras en la piel.
- Dolor en el seno o en el pezón.
- Retracción (contracción) de los pezones.
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón.
- Secreción del pezón que no sea leche materna.

### **3.4. FACTORES DE RIESGO**

Carswell (2002), los define como una serie de características que hacen más probable la aparición del cáncer. Aunque todavía falta mucho por saber acerca de las causas que originan un carcinoma, existen diferentes factores de riesgo que influyen en el desarrollo del cáncer mamario y son los siguientes:

- **Genéticos.** Se piensa que existe alguna predisposición genética para adquirir el cáncer en general y el de pecho en particular, ya que en algunas familias pueden encontrarse diagnósticos semejantes en varias generaciones. Esto no quiere decir que el carcinoma sea necesariamente hereditario. Cualquier mujer que tenga o haya tenido algún familiar con

cáncer, debe revisarse periódicamente con mayor precaución, de igual manera quienes ya lo han padecido, tienen más posibilidades de volver a presentarlo.

- **Influencias hormonales.** El cuerpo femenino produce hormonas durante los años en que es fértil, en especial el estradiol uno de los estrógenos que parecen tener influencia en el crecimiento de algunos tumores. Por lo anterior, las mujeres que no tuvieron embarazos completos o que tuvieron uno solo, especialmente después de los 27 años de edad, las que abortaron una o más veces, las que no amamantaron o lo hicieron poco tiempo, las que comenzaron a reglar antes de los 12 años y las que tuvieron menopausia tardía, alrededor de los 50 años, han tenido influencia estas hormonas en la glándula mamaria por más tiempo, por lo que podrían tener mayores posibilidades de contraer la enfermedad.
- **Envejecimiento de los tejidos.** La mayoría de los enfermos de cáncer tienen más de 30 años de edad, por lo que a partir de esa edad, hay mayores posibilidades de adquirirla.
- **Ingestión de estrógenos.** Hasta hace algunos años, los estrógenos en dosis altas se utilizaban para elaborar las pastillas anticonceptivas y también los medicamentos para disminuir los síntomas de la menopausia. Hoy día solamente se emplean en microdosis y además se combinan con progesterona que ha demostrado proteger a la glándula mamaria. Sin embargo, hay muchas mujeres que tomaron estos medicamentos en el pasado y que actualmente tienen mayor riesgo de tener cáncer.

- **Obesidad.** El colesterol, que forma parte de las grasas, es utilizado de manera natural por el organismo en la fabricación de hormonas. Por lo que las personas con sobrepeso, tienen mayor cantidad de materia prima para fabricarlas y estas afectan a los tejidos cercanos e, incluso los alteran. A ellos se debe que quienes sufren la obesidad, tengan más riesgo de desarrollar tejidos malignos.
- **Cambios fibroquísticos.** Cuando se han presentado quistes, existe un riesgo tres veces mayor de desarrollar un carcinoma.
- **Hipotiroidismo.** Cuando la tiroides tiene un ritmo de rendimiento bajo hay más posibilidad de desarrollar tumores malignos.
- **Nivel socioeconómico.** Existe una mayor incidencia de cáncer en los países con mayor nivel socioeconómico. Se piensa que la alimentación pudiera ser uno de los factores que influyen en este campo, pues en éstos se consume una mayor cantidad de productos de origen animal, que pueden estar alimentados con hormonas y que tienen una mayor cantidad de grasa. en general es una enfermedad que se presenta en un mayor número de personas “bien alimentadas”.

Todas las mujeres deben tener los cuidados pertinentes y con mayor razón las que por diversas características personales se encuentran en uno o más grupos de los ya descritos.

El cáncer de mama es una enfermedad que impacta en la sociedad, es importante no sólo considerar el aspecto médico, sino también las consecuencias

psicológicas, a las que son expuestas las mujeres durante el proceso de la enfermedad, que va desde el momento en que se percatan de algún cambio en sus senos hasta el seguimiento posterior a su tratamiento.

### 3.5. DIAGNÓSTICO

*El diagnóstico se basa en los siguientes aspectos:*

- **Autoexploración.** Es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas (Brandan y Villaseñor, 2006).
- **Exploración** (realizada por un médico). En la que es necesaria la inspección del pezón y la areola intentando provocar la secreción del pezón, explorando los ganglios linfáticos regionales, se realiza la medición de cualquier lesión observada. El mejor momento para realizar la exploración es entre los días cinco y siete del ciclo menstrual (Beers y cols., 2007).
- **La mastografía o mamografía.** Es un método en el que se usan rayos X para obtener imágenes impresas de la glándula mamaria. Se coloca el pecho sobre una plataforma y se comprimen entre dos platos de acrílico (Carswell, 2002).
- **Ecografía mamaria** (También conocida como ultrasonido del seno). Se usan ondas sonoras para crear una fotografía computarizada por la parte interna del seno. Esta prueba a veces se usa para analizar un área en

específico que haya sido causa de inquietud tras el resultado de un examen físico o mamograma (American Cancer Society, 2013).

- **Imágenes por Resonancia Magnética (MRI).** Muestra si los ganglios linfáticos están agrandados. Se utiliza para buscar más tumores del seno que no se mostraron en las mamografías. Además se usa para guiar la aguja de la biopsia en tumores que no se pueden ver en las mamografías (American Cancer Society, 2013).
- **Biopsia.** Se extraen algunas células del área para observarlas con un microscopio. Estas se realizan por medio de la *punción aspiración con aguja fina (PAAF)*, con aguja gruesa y quirúrgicamente (Roca, 2002).

Una vez que la mujer se realiza algunas de estas pruebas, es posible integrar los resultados para el diagnóstico confirmatorio y determinar cuál será el tratamiento que se le administrará.

### 3.6. TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer de mama es un tema complejo y en una continua revisión, hay que tener en cuenta que se considera una enfermedad sistémica desde el principio (con un manejo multidisciplinario). Dentro de los tratamientos se encuentran:

- a) **Cirugía.** Procedimiento para extraer o sacar del cuerpo un tumor canceroso, para evitar que siga creciendo y afectando los órganos que están a su alrededor. Los efectos secundarios de esta son la pérdida de la

glándula mamaria, la disminución del tamaño de la glándula mamaria, inmovilidad del brazo del lado donde se efectuó la cirugía, cansancio, náuseas y dolor (Carswell, 2002).

- b) **Radioterapia.** Es un tratamiento que usa rayos de alta energía (como los rayos X) para eliminar las células cancerosas o encoger los tumores. Se marca la piel con tinta para enfocar la radiación a la zona afectada del cuerpo. Los efectos secundarios pueden ser inflamación y pesadez en el seno, cambios parecidos a quemaduras por el sol en el área de la piel tratada, sensación de cansancio, el seno se hace más chico y duro, afecta la lactancia, entumecimiento y debilidad en el hombro, brazo y mano. Su intención es erradicar la enfermedad microscópica residual, disminuyendo así las recidivas locales (American Cancer Society, 2013).
- c) **Quimioterapia.** Es un tratamiento del cáncer que utiliza medicamentos para interrumpir la proliferación de células cancerosas, mediante la eliminación de las células o evitando su multiplicación. Se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y afectan a células cancerosas en todo el cuerpo; sin embargo, también se pueden dañar algunas células normales, ocasionando efectos secundarios como la caída del cabello, llagas en la boca, pérdida o aumento de apetito, náusea, vómito, mayor riesgo de infecciones, cambios en el ciclo menstrual, tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente y cansancio extremo (Burone, 2008)

- d) **Terapia hormonal.** Consiste en dar medicamentos llamados antiestrógenos, los cuales inhiben o frenan las funciones de las glándulas productoras de las hormonas, cambiando el ambiente hormonal con fines curativos. Los efectos colaterales son bochornos, falta de apetito, aumento de peso corporal, mareos, adelgazamiento del cabello, dolor de cabeza, sangrado vaginal, pérdida de la capacidad reproductora (Carswell, 2002).
- e) **Tratamiento sistémico.** Este se basa actualmente en dos líneas terapéuticas fundamentales, la quimioterapia y la hormonoterapia con tendencia a realizar un tratamiento “a la carta”, dependiendo de los factores de la paciente en su estado hormonal (Manual CTO).

Como se describió existen varios tratamientos para el cáncer de mama y estos son utilizados de acuerdo al tamaño del tumor, del pecho de la mujer y el lugar son importantes para decidir cuál es adecuado.

### **3.7. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER DE MAMA**

El cáncer de mama es una enfermedad crónica no transmisible. Las repercusiones a todos los niveles (físico, psicológico y social) que tiene la enfermedad obligan a plantear el abordaje de la misma desde una perspectiva multiprofesional, de manera que se abarque no sólo el momento del diagnóstico o el manejo de los tratamientos, sino también después de los mismos, cuando la persona tiene que afrontar de nuevo su cotidianeidad (Duran y Vega, 2007).

Estos aspectos en una mujer con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida; familia, relación de pareja, laboral y social (García Viniegras, 2007). En cualquiera de las etapas de desarrollo se haya sometida a una situación de incertidumbre, lo que puede generarle emociones y sentimientos como miedo, tristeza, desencanto y flaqueza.

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón y Beato, 2002, en García Vieniégras, 2007).

A continuación se desarrollaran las implicaciones psicológicas que experimentan las mujeres con cáncer de mama durante las diferentes fases que implica la enfermedad.

### ***3.7.1. PRE DIAGNÓSTICO***

Durante la evaluación primaria hay quienes se sienten amenazadas, perciben un alto riesgo, son poco optimistas, temen por sus hijos o tienen familiares que han padecido cáncer y usan estrategias evitativas de afrontamiento al estrés tienden a no realizar o postergar la realización de las pruebas diagnósticas y muestran respuestas emocionales adversas (Cruzado, 2010).

### **3.7.2. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de un cáncer de mama no sólo implica una proliferación desordenada de células que afectan algunas partes del organismo de una mujer (Díaz Facio, 2010).

Florez (1994), González (2001); Duran y Vega (2007), mencionan que cuando se confirma el cáncer de mama, el primer interés de la mujer es la supervivencia, no obstante se producen, muchas emociones y reacciones conflictivas, como son:

- *Temor a la muerte*: El paciente puede entender que esta enfermedad acorta el tiempo de esperanza de vida, y la falsa idea de no haber curación para su enfermedad le inducen a concebir que está condenado a muerte.
- *Temor a quedar mutilada*. Los tratamientos para ella desconocidos, los percibe como agentes que mutilan, desgastan o queman.
- *Temor a perder la belleza*. La presencia de un tumor, por sí sola deforma la anatomía y hace perder la belleza del individuo, herida narcisista que produce que el enfermo evite relacionarse con la gente por miedo a que lo vean como un fenómeno o algo raro. A ello se agregan los efectos de las terapéuticas que representan: pérdida de partes de su cuerpo. Pérdida de cabello, mal olor, adelgazamiento, esta situación trae como consecuencia la soledad y agrava la tristeza.

- *Temor a las deudas.* Repercute más cuando el afectado es el sostén de la familia; preocupa la hospitalización prolongada, la merma en los ingresos, las deudas pendientes
- *Temor al dolor.* Muy frecuentemente se relaciona la presencia de cáncer con dolor agudo o incapacitante, puede manifiesta la gravedad de la enfermedad, asociándolo a una idea de sufrimiento y castigo inmerecido.
- De igual manera, se pueden presentar otras reacciones como: la ansiedad producida como consecuencia de la creencia del rechazo de su esposo, la pérdida de la autonomía, la independencia económica, recidivas, desamparo, pérdidas de capacidad, valor social, autoestima, posibilidad de desempeñar su anterior papel en la sociedad y de la respuesta social (Florez, 1999, García Viniegras, 2007; Duran y Vega, 2007).

Las reacciones emocionales tras el diagnóstico son variables y están influenciadas por muchos factores, entre los que se encuentra la edad, ya que las personas más jóvenes responden con mucha más ansiedad, suelen requerir más información, sienten mayor temor no sólo por su vida, sino por su sentido de feminidad, imagen corporal, fertilidad, cuidado de sus hijos, proyectos vitales y situación económica. Las personas mayores responden con menos ansiedad y con mayor indefensión, las necesidades y síntomas que sufren son con frecuencia peor evaluados y tratados que en las personas jóvenes y de mediana edad. (Cruzado, 2010)

Los principales problemas psicológicos a los que se ven enfrentadas las mujeres que viven esta enfermedad tienen relación con las emociones antes mencionadas de pérdida real o potencial que experimentan. Surgiendo preguntas como: ¿Voy a morir? ¿Voy a perder o voy a conservar mi mamá? ¿Voy a seguir siendo sexualmente atractiva? ¿Va ser mi familia capaz de soportar esta situación? ¿Me va apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad? ¿Cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo y en mi estado de ánimo? ¿Qué repercusiones económicas va tener para mi familia mi enfermedad? ¿Cómo le explico a mis seres queridos lo que me ocurre? ¿Me están diciendo la verdad o me están ocultando algo? ¿Estoy en manos de un equipo médico competente? ¿Por qué enfermé? (Rojas, M., 2006).

Una de las respuestas que se dan al recibir la noticia suele ser la negación, con el mantenimiento de la esperanza de recuperar lo perdido. La mujer puede suponer que el diagnóstico es errado, o que con el avance de los tratamientos no tendrá que enfrentar ninguna pérdida significativa (García Viniegras, 2007). Otra respuesta es la racionalización por medio de ella se da una explicación lógica y fría a eventos que causarían mucha ansiedad (González, 2001).

En la medida en la que obtienen más información sobre la enfermedad, lo desconocido irá desapareciendo, para volverse conocimiento y devolver poco a poco la tranquilidad. No hay nada como entender lo que está pasando, por qué y cómo puede resolverse. Esto permitirá a la enferma tomar las riendas de lo que está ocurriendo en su vida (Cruzado, 2010).

### **3.7.3. TRATAMIENTO**

El cáncer de mama invade con incidia y audacia no sólo los tejidos próximos o lejanos a su origen, sino también las esferas más íntimas de la personalidad femenina. Esta afectación se produce porque la mama es el órgano visible más importante que caracteriza a la mujer, y tiene representaciones subjetivas y culturales que remiten, entre otras, a la femineidad y a la maternidad (Díaz Facio, 2010, Florez, 1994). Por consiguiente, la identificación del cáncer de mama en la mujer, provoca invariablemente temores y angustias que conmueven e invaden toda su organización existencial, tanto biológica como psicológica y socialmente, siendo una amenaza para su integridad e identidad (Thomas y Saborio, 1995).

Los valores en que se desenvuelve la mujer, particularmente en las culturas occidentales, destacan la importancia de su aspecto físico y de su potencial de atracción sexual, hecho que se ha acentuado más en las últimas décadas a través de numerosas campañas publicitarias en que sobresalen, invariablemente, las caderas y el busto femeninos. Este énfasis promocional y social puesto en el seno como atributo sexual importante de la mujer es, para la mayoría de ellas, un motivo de gran aprensión y ansiedad en cuanto a las condiciones estéticas del mismo, aspecto fuertemente reforzado por las modas vestimentarias en boga (Díaz Facio, 2010).

Uno de los tratamientos que generan más conflicto psicológico es la mastectomía debido a que la mama en la sociedad actual tiene un valor primordial como órgano sexual y que desde el punto de vista psicológico abarca aspectos que no son fáciles de delimitar de ahí que en el cáncer de mama se produzca una dura amenaza sobre la actividad sexual y su componente afectivo, en el que tiene un papel primordial la representación de la propia imagen ante uno mismo y ante los demás. Este tipo de intervención quirúrgica es percibido por la mujer (independientemente de su edad), como un ataque directo a las bases de la “femineidad” o del atractivo físico, repercutiendo en su sexualidad. Además, la mastectomía manifiesta una acentuada sensación de deformidad física, de asimetría corporal, lo que repercute negativamente en el autoconcepto y autoestima de la mujer. Por lo tanto, la mujer mastectomizada tiene que añadir al trauma del cáncer, el hecho de verse amputada en una de las partes más significativas de su anatomía. La mama, como se sabe es imprescindible en la auto imagen corporal de la mujer siendo fundamental en su vida social y de pareja. Por todo ello, un número significativo de mujeres que han sufrido una mastectomía cambian en su comportamiento; presentan problemas en su vida afectiva y familiar; cambian también los hábitos en el vestir y en su propia interacción social (Florez, 1994).

Como consecuencia de ello, se ha generalizado la idea de que la deformación o pérdida de un seno es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la femineidad, o de ambos, fenómeno que se amplifica para muchas mujeres al asociarse con el desvanecimiento de la “frescura” juvenil (Thomas y

Saborio, 1995). La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente, como así también por el equipo médico que la trata. Esta deformidad física puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente (Die Trill, 2003). También pueden presentar problemas en su vida afectiva y familiar; cambian los hábitos en el vestir y en su propia interacción social (Florez, 1994).

Algunas preocupaciones sobre la calidad de vida, en la práctica se manifiestan en forma de preguntas o creencias erróneas que la paciente realiza, estos son factores que conducen a una reducción de las fuentes positivas de la calidad de vida y a un notable incremento de la ansiedad, la incertidumbre ante el futuro y otros estados de malestar (Rosenberg, 1990).

Otro de los tratamientos médicos que puede tener impacto psicológico en la mujer es la quimioterapia en donde puede depender, en parte, si su administración está prevista en el plan de tratamiento inicial o de si se utiliza para combatir una reaparición de la enfermedad. En este último caso, puede que las pacientes que la reciban por segunda vez tengan un mayor grado de estrés, debido a que la recaída representa una experiencia más dura que el diagnóstico inicial. Es lógico que durante la quimioterapia, estas pacientes interpreten los síntomas físicos

como un indicativo de la progresión de la enfermedad, en cambio, las pacientes que reciben la quimioterapia por primera vez los asocian a los efectos secundarios del tratamiento.

La experiencia de la quimioterapia provoca reacciones emocionales como: el aumento de los niveles de ansiedad, depresión, miedo, sentimiento de pena, vergüenza, dependencia, pánico y falta de atractivo. Asimismo, muchas mujeres saben que la quimioterapia puede provocar la caída del cabello. Sin embargo, a pesar de saberlo, la experiencia real de la pérdida del cabello puede ser vivida como traumática.

Por último, en la radioterapia pueden existir circunstancias inquietantes, como el nivel de ruido que produce el Betatrón, que es un instrumento emisor de radiaciones. El miedo y la ansiedad pueden ser respuestas condicionales consecuencia de este tratamiento. La depresión y el aislamiento social son otras de las posibles reacciones. Los efectos secundarios psicológicos de la radioterapia pueden incluir fatiga y alteraciones en la piel. Habitualmente, la radioterapia se aplica cinco días a la semana durante aproximadamente cinco semanas. Así pues, los inconvenientes y los gastos que ocasiona el desplazarse diariamente para el tratamiento, provocan, a menudo, preocupaciones adicionales sobre medios de transporte, horarios laborales y cuidados de los hijos (Haber, 2000).

El cáncer y sus tratamientos producen múltiples pérdidas que generan procesos de duelo en diversas dimensiones de la vida de quien lo padece (Díaz Facio, 2010).

La mayor parte de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, al igual que el resto de los pacientes oncológicos, independientemente del estadio de la patología que curse, vive un proceso psicológico adaptativo denominado “**duelo oncológico**”. Éste consiste en un conjunto de etapas, no necesariamente secuenciales, por las que la paciente pasa durante los meses que siguen al diagnóstico de su enfermedad. Cabe señalar que el duelo oncológico es no sólo muy frecuente, sino que también es, las más de las veces, un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir de ese momento. La razón de ello sería que durante la primera etapa de diagnóstico y tratamiento, privilegian los aspectos médicos por sobre las variables emocionales tanto a nivel individual como familiar (Rojas, 2006). Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismas y a los demás y finalmente el sentido último de su existencia (Barroilhet y cols., 2005).

### **3.8. INVESTIGACIONES**

Se han realizado diversas investigaciones relacionadas con el afrontamiento y el cáncer de mama, a continuación se mencionará algunas:

En 1995 Ferrero, Toledo, y Barreto, P. en una investigación titulada *evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las*

*pacientes con cáncer de mama*. Se intentó comprobar el posible papel predictivo del modo en que las pacientes de cáncer de mama evalúan y afrontan inicialmente su enfermedad sobre su calidad de vida futura. Reclutaron una muestra de 68 pacientes recién diagnosticadas que fueron evaluadas psicológicamente en tres ocasiones. La evaluación incluyó una versión española de la escala Mental Adjustment to Cancer (M.A.C.) y otra del cuestionario de Calidad de Vida de la Asociación Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (Q.L. of E.O. R. T. C.). Además se atendió al posible papel predictivo de las variables médicas de la enfermedad. Las correlaciones entre las variables y los análisis de regresión sugirieron que entre las variables médicas, tan solo la sintomatología física contribuía a predecir que el bienestar futuro. Por lo que se refiere a la evaluación cognitiva y el afrontamiento de la enfermedad, los resultados indicaron que el “espíritu de lucha” de las pacientes y la “negación” de la enfermedad se asociaban a mejores resultados psicosociales, mientras que el “desamparo-deseesperanza”, el “fatalismo” y la “preocupación ansiosa” iniciales se asociaban a mayor malestar concurrente y en el futuro.

Urquidi, Montiel, y Gálvez, (1999), realizaron un estudio titulado *Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama* que tuvo como propósito establecer la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad, así como identificar la asociación entre éstas, en pacientes con cáncer de mama. Para tal fin utilizaron la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad de Derogatis (1986) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckman y Adams (1984). Teniendo una muestra no probabilística a 43 mujeres

con diagnóstico de cáncer de mama que asistían a una institución de salud pública a recibir tratamiento de radioterapia, cuyas edades fluctuaban entre 20 y 70 años. Obteniendo como resultados que las pacientes en este estudio, no experimentaron cambios importantes en el ajuste psicosocial como producto de la enfermedad en seis de los siete dominios evaluadas (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica), sin embargo, en el dominio de la sexualidad observaron que las pacientes sí experimentaron cambios moderados en las actividades de la conducta sexual. El afrontamiento pasivo fue la única estrategia que correlacionó con ajuste psicosocial, especialmente con cinco de los siete dominios que componen la escala.

En el 2007 Valera, Caporale, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann, en su estudio *Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama* el que buscaba conocer cómo afrontan las mujeres el segundo llamado y la respuesta emocional. Fue un estudio descriptivo observacional, utilizaron métodos cuali y cuantitativos, incluyó 377 pacientes. Los instrumentos cuantitativos que aplicaron fueron la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) y Perfil de Estados de Ánimo (POMS). El Manual ULM como evaluación cualitativa del afrontamiento. Estudiaron a 377 mujeres, 37 (10%) recibieron finalmente un diagnóstico de cáncer de mama. Estas pacientes reportaron 125 de los eventos de afrontamiento (mediana, 4 rango 1-13), mientras que las sanas reportaron 871 (mediana 2, rango 0-9), diferencia estadísticamente significativa (Mann-Whitney test - twotailed:  $p < 0.0001$ ). Las pacientes fueron agrupadas en tres grupos de acuerdo a la

clasificación de la mamografía G1 (n: 279) para BI-RADS 1, 2 y 3; G2 (n: 48) síntomas clínicos y G3 (n: 30) para BI-RADS 4 y 5. Las pacientes G3 mostraron un mayor uso del cluster, resignación como modo de afrontamiento ( $p < 0.001$ ) y un menor uso del cluster aceptación ( $p < 0.003$ ). El 49% de las pacientes con cáncer utilizaron la resignación como afrontamiento, comparado con el 30% de las sanas ( $p < 0.04$ ). 51% de las pacientes sanas utilizaron la aceptación, y 24% de las pacientes con cáncer ( $p < 0.003$ ). La evitación y la desesperanza aumentan con la mayor probabilidad de tener cáncer. El afrontamiento diferenció a los grupos más claramente que los estados emocionales.

Otra investigación realizada por Carreon, Galdon, Manzanares, Rodenas, y Rodríguez, (2004), el propósito de su investigación fue averiguar los aspectos emocionales más frecuentes que se dan en las diferentes etapas de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y el apoyo, tanto familiar como social que reciben las mujeres afectadas. Realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a mujeres con edades de entre 35 a 50 años con diagnóstico de cáncer de mama. Encontraron que hay variaciones en los sentimientos, estrategias de afrontamiento y el apoyo recibido en las diferentes fases de la enfermedad, en las primeras fases predominan los sentimientos negativos siendo el más frecuente el miedo. Con la evolución de la enfermedad se experimenta un cambio hacia el alivio y la tranquilidad; respecto a las estrategias de afrontamiento el espíritu de lucha fue la más utilizada por la mayoría de las mujeres, el apoyo de la familia va incrementándose a lo largo de las fases de la enfermedad.

Mera y Ortiz (2012), en el estudio *La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama*. En el que participaron 25 mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Santiago, que se encontraban asistiendo a la corporación contra el cáncer de mama “Yo Mujer”. Respondieron una serie de instrumentos: WHOQOL-BREF. Instrumento desarrollado por la OMS para evaluar la calidad de vida; LOT-R. En su versión española (Otero, Luengo, Romero, Gomez-Fraguela y Castro, 1998), mide el optimismo disposicional como constructo unidimensional y polar, esta compuesto por 10 ítems; CSI. En su versión española (Otero et al, 1998) evalúa el grado de utilización de estrategias de afrontamiento activo y de afrontamiento pasivo al estrés. Y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. Se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes con calidad de vida (CV). Un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la CV es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica. Los resultados revelaron una mejor calidad de vida se asoció con un mayor optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo.

# METODOLOGÍA

# METODOLOGÍA

## PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el cáncer de mama ha incrementado su incidencia ocupando el primer lugar de mortalidad por tumores malignos, en población femenina, dicha enfermedad tiene implicaciones psicológicas. Por lo que es importante conocer cómo afrontan las mujeres el estrés percibido que la enfermedad les genera.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se relaciona el estrés percibido y el afrontamiento del estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama?

## OBJETIVOS

- *General:*
  - Conocer cómo es la relación entre estrés percibido y afrontamiento del estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
- *Específicos:*
  - Conocer las características sociodemográficas de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

- Conocer la percepción de estrés mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
- Identificar cuál es el tipo de afrontamiento que predomina en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

## **HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN**

La relación entre el estrés percibido y el uso de afrontamiento en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama es negativa.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

- *Variable 1:*

Estrés percibido.

- *Definición conceptual:* es la interacción que hay entre el medio y el individuo en donde este evalúa si la situación percibida es estresante.
- *Definición operacional:* Puntaje obtenido en la escala EEP.

- *Variable 2:*

Afrontamiento del estrés.

- *Definición conceptual:* son esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes cuyo objetivo es manejar la demanda de una situación

específica, ya sea interna o externa, que es evaluada como excedente o desbordante para los recursos o posibilidades de la persona.

- *Definición operacional:* Puntaje global del CAE.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En el presente estudio se utilizó un diseño no experimental trasversal de tipo descriptivo-correlacional; utilizando un método de recolección de datos por encuesta.

- *No Experimental:* Debido a que no se construyó ninguna situación, sino que se estudia un escenario y una situación ya existentes, tal como ocurren de manera natural. En esta investigación, la variable independiente no fue manipulada, porque ya había sucedido, igual que sus efectos (Hernández Sampieri, 2006).
- *Transversal:* Puesto que los datos fueron recolectados en un momento único. El propósito de la investigación transversal es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.
- *Correlacional:* Se tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández Sampieri, 2006). El propósito principal, es

indagar cómo es la relación existente entre estrés percibido y el afrontamiento del estrés en una muestra de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el FUCAM.

- *Descriptivo*: Es detallar cómo son y manifiestan los fenómenos. Se busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis

## **MUESTREO**

La muestra fue no probabilístico de tipo accidental o “por conveniencia”.

*No probabilística*: Pues la elección de los participantes se realizó mediante un proceso informal, en el que no todos tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados; los participantes fueron seleccionados obedeciendo a ciertos criterios.

*Accidental*: Es una forma de muestreo no probabilístico. Es accidental debido a que la muestra se conformó con aquellas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que se encontraban disponibles a la mano (Kerlinger, 2002).

## **PARTICIPANTES**

La muestra constó de 100 mujeres con los siguientes criterios:

- Mayores de 18 años.

- Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama.
- Que se encontraran asistiendo al FUCAM, a diagnóstico, tratamiento y seguimiento dentro de la institución.

## **INSTRUMENTOS**

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Es un instrumento desarrollado y validado por Sandín y Chorot (2003) cuyo propósito es indagar la frecuencia con que los individuos han utilizado distintas estrategias de afrontamiento, para hacer frente a las situaciones estresantes vividas durante el último tiempo. Estas estrategias se integran en tres tipos de afrontamiento el racional, el emocional y el general. Con formándose estas por las siguientes siete subescalas clasificándose en:

Tabla 1. Subescalas del CAE.

	<b>FACTORES</b>	<b>REACTIVOS</b>
Afrontamiento Racional	Focalización en la solución el problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29 y 36
	Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31 y 38
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34 y 41
Afrontamiento Emocional	Autofocalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30 y 37
	Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32 y 39
Afrontamiento General	Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33 y 40
	Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35 y 42

La confiabilidad por consistencia interna fue reportada con coeficientes de alfa de Cronbach de .85 para las siete estrategias o subescalas. Consta de 42 ítems que se evalúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, con puntajes desde 0 (nunca) hasta 4 (casi siempre). Obteniendo así como puntaje mínimo de 0 y como máximo 24 en cada subescala (ver anexo 1).

Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen (Cohen y cols., 1983). Es un instrumento que evalúa el grado en que las situaciones de la vida se perciben

como estresantes durante el último mes, consta de 14 ítems con formato tipo Likert que van desde el nivel más bajo 0 (“nunca”) al más alto 4 (“muy frecuentemente”). Siete de los ítems son inversos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13). La puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 56, donde las más altas reflejan un mayor estrés percibido. Se utilizó la versión validada por González y Landero (2007) la cual tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de .83.

## **PROCEDIMIENTO**

Se acudió a la fundación para observar la afluencia y el horario en que asisten. Conociendo esta información se decidió asistir por las mañanas para recolectar los datos de las pacientes durante dos semanas, que llegaban en un horario de 7 a.m. a 8 a.m. y que se encontraban formadas esperando pasar a sus análisis de laboratorio o a su consulta (ya que se realizó una carta solicitando el acceso y no se obtuvo respuesta).

*Se les pidió contestar los cuestionarios e instrumentos de esta investigación* (Hoja de Datos Sociodemográficos, Escala de Estrés percibido, EEP, y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, CAE, [ver anexos]). Los cuales respondieron en 15 minutos aproximadamente.

Los resultados se analizaron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 21.

Los datos obtenidos mediante el cuestionario de datos sociodemográficos, se analizaron a través de los estadísticos descriptivos (frecuencias), presentándose los porcentajes en gráficas.

Para fines de la investigación y describir la percepción que la muestra tenía sobre el estrés ante el cáncer de mama se establecieron niveles de percepción del estrés (alto, moderado y bajo), lo que se hizo con los puntajes máximos y mínimos de la EEP, posteriormente se obtuvo el porcentaje de la muestra que se ubica en alguno de estos niveles de estrés.

Se obtuvo el total de cada tipo de afrontamiento (racional, emocional y general) de cada una de las participantes, calculándose los estadísticos descriptivos (frecuencias) presentando en una gráfica con los porcentajes obtenidos

Para conocer cómo es la relación entre las variables estrés percibido y afrontamiento del estrés se calculó el puntaje total del CAE y el EEP, con estos puntajes se estimó el coeficiente de correlación producto - momento de Pearson y los estadísticos descriptivos.

# RESULTADOS

# RESULTADOS

## SOCIODEMOGRÁFICOS

### Edad

Como se puede observar en la figura 1 el rango de edad de la muestra estudia oscila de los 26 a 75 años, donde el 40% tienen de 46 a 55 años, el 23% de 36 a 45 años, el 19% de 56 a 65 años, el 16% tiene de 26 a 35 años y el 2% tiene de 66 a 75 años.

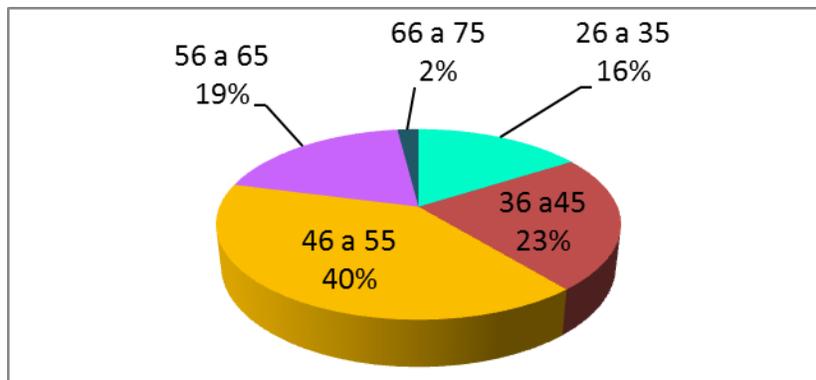


Figura 1. Frecuencia de edades de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

### Lugar de procedencia

En la figura 2 se refleja que de la muestra estudiada un 83% pertenece a la ciudad y el 17% es de provincia.

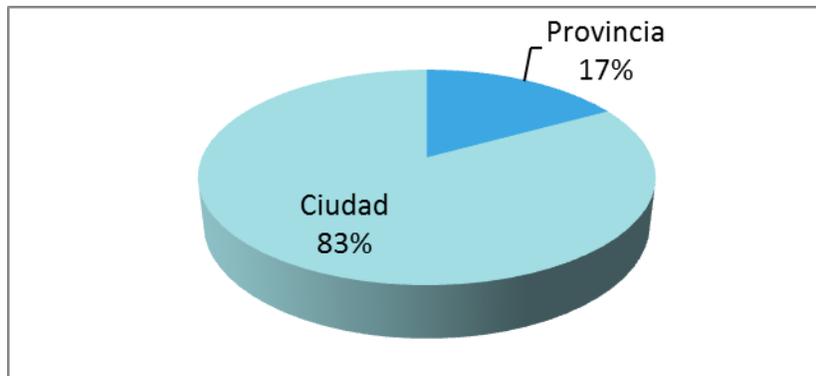


Figura 2. Porcentaje de acuerdo al lugar de procedencia.

## Ocupación

En la figura 3 se puede ver que un 63% de la muestra mencionaron ser ama de casa, el 22% ser empleadas y el 15% que se dedican a su profesión.

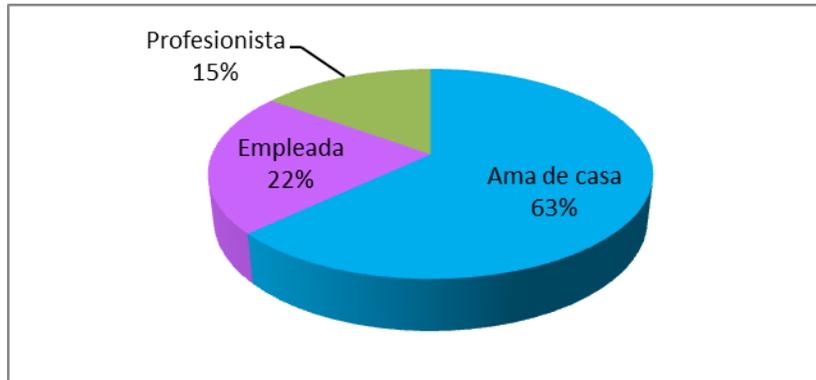


Figura 3. Ocupación

## Nivel escolar

En relación al nivel escolar la figura 4 muestra que el 37% tiene un nivel básico, el 34% tiene nivel medio superior, el 27% tiene nivel superior y el 2% posgrado.

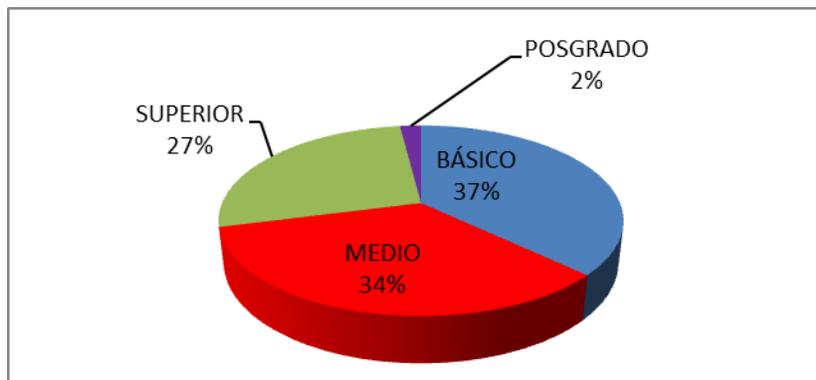


Figura 4. Nivel escolar de las participantes.

## Estado Civil

En la figura 5 se observa que el 63% de las mujeres reporto ser casada, el 19% solteras y el 18% con algún otro estado civil (viudas y divorciadas).

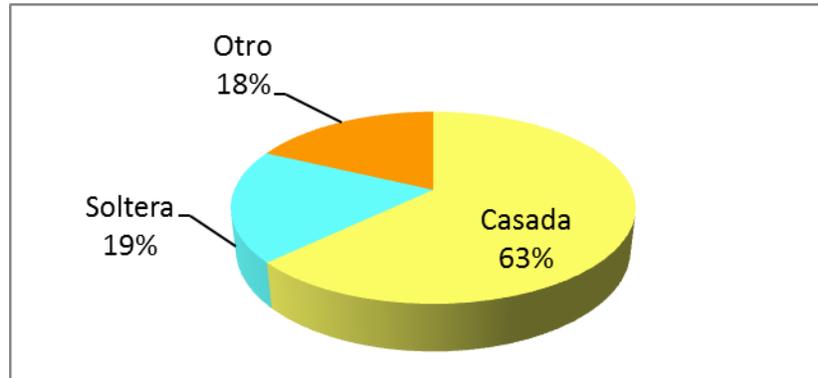


Figura 5. Estado civil.

## Motivo de consulta

En la figura 6 se observa que la muestra al momento de que se obtuvieron los datos, refirió que el motivo por el que asistían era a diagnóstico confirmatorio un 42%, a seguimiento un 40% y un 18% a tratamiento en la Fundación de cáncer de mama.

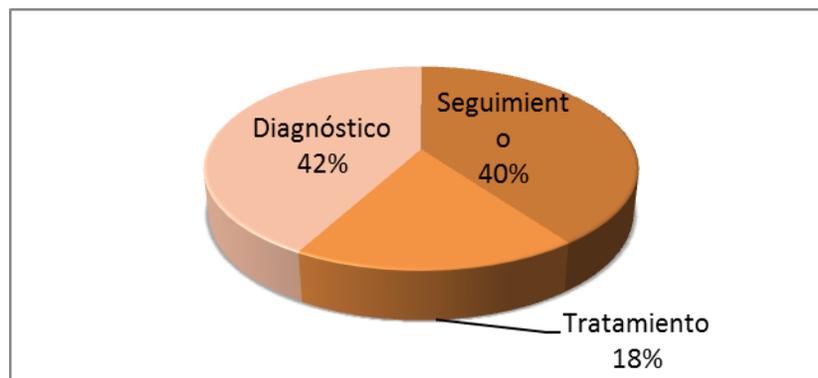


Figura 6. Motivo de consulta por el que asisten.

## Intervención quirúrgica

En la figura 7 se observa que de la muestra sólo el 35% refirió tener una intervención quirúrgica por el cáncer de mama y el 65% no.

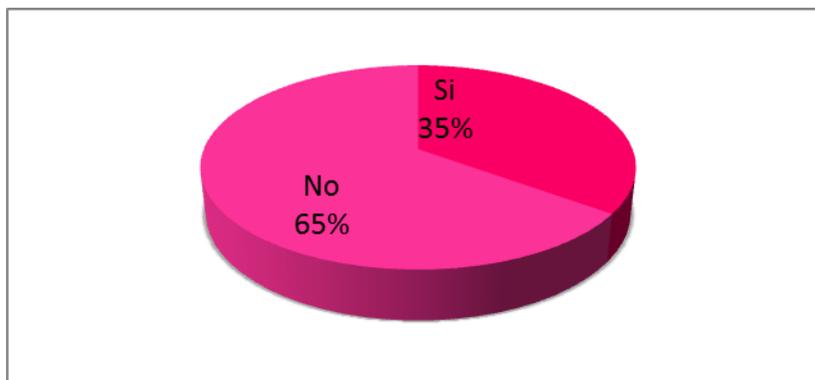


Figura 7. Cuantas han tenido una intervención quirúrgica.

## Apoyo psicológico

La figura 8 se observa que de la muestra que asiste a la Fundación del Cáncer de mama el 13% recibe apoyo psicológico y el 87% no.

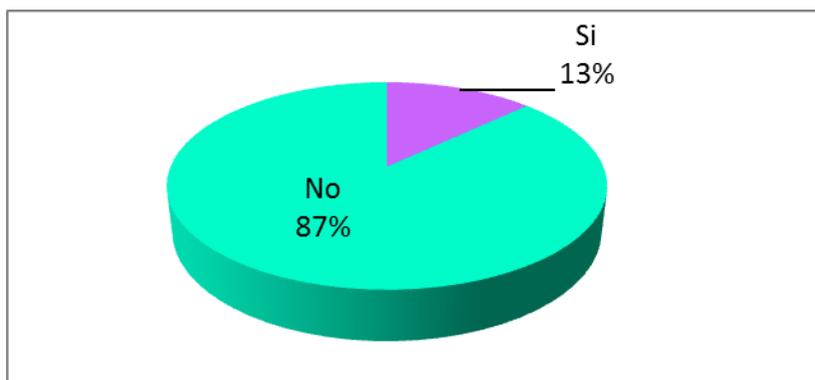


Figura 8. Quiénes recibieron apoyo psicológico.

## ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO, CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y CORRELACION DE LAS VARIABLES.

### Estrés percibido

En la figura 9 se observa que un 91% de la muestra tiene una percepción moderada del estrés, un 5% tiene alta percepción de estrés y el 4% baja percepción del estrés.

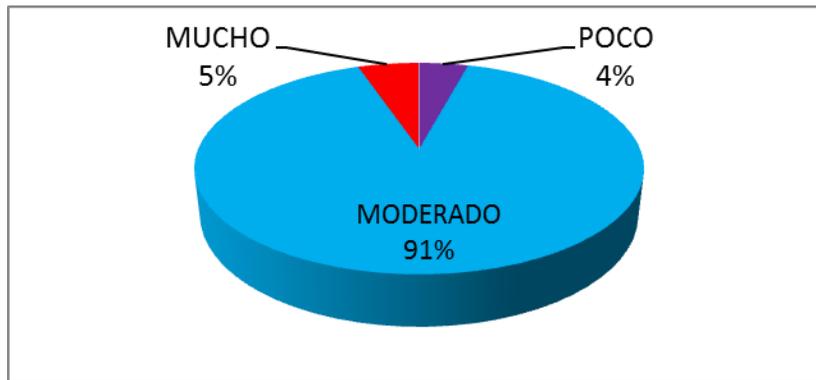


Figura 9. Estrés percibido en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

### Predominio de afrontamiento

En la El tipo de Afrontamiento que predomina fue el racional con un 49%, le sigue el general con un 29% y el emocional con un 22% (figura 10).

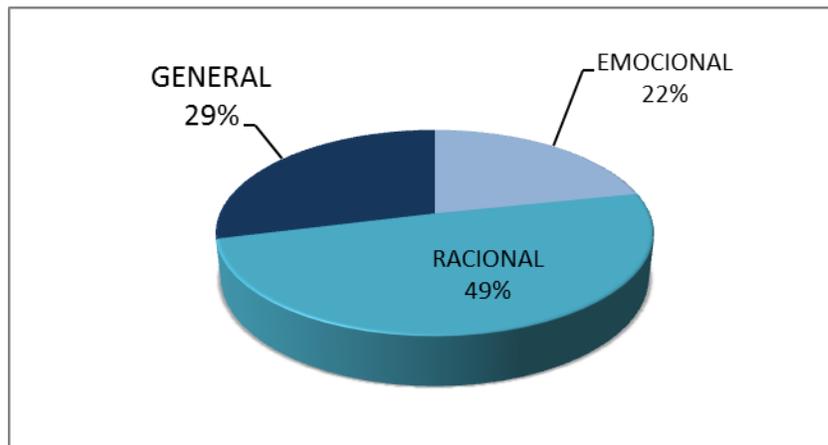


Figura 10. En que medida es utilizado el afrontamiento.

### Correlación entre las variables estrés percibido y afrontamiento del estrés.

Como se puede observar en la siguiente tabla la correlación producto-momento de Pearson entre el estrés percibido y el tipo de afrontamiento que utilizan las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama obtuvo un coeficiente  $r = -.339$  con un nivel de significancia de .001, con un coeficiente de determinación de  $r^2 = .1149$  que expresa un 11.49% de variabilidad común entre las variables (Morales, 2008).

Entre las variables existe una correlación negativa, pero estadísticamente significativa ya que la probabilidad de obtener este coeficiente por puro azar es inferior al 1%. La cual refiere que cuando aumentan las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento disminuye la puntuación en la percepción del estrés.

Tabla 2. Correlación del total de la EEP y el CAE.

		Total CAE	Total EEP
Total CAE	Correlación de Pearson	1	-.339**
	Sig. (bilateral)		.001
	N	—	100
Total EEP	Correlación de Pearson	—	1
	Sig. (bilateral)	—	
	N	—	100

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN,  
CONCLUSIONES, Y  
LIMITACIONES

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la investigación se estudió una muestra de 100 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asistían al FUCAM, al analizar los resultados obtenidos de los diferentes cuestionarios se obtuvo que, el rango de edades que conformó la muestra fue de 25 a 75 años, de las cuales un 49% tienen edades entre 46 a 65 años, de acuerdo al INEGI (2013) las mujeres que son más afectadas por el cáncer de mama son de 40 a 59 años, lo que coincide con el factor de riesgo, de envejecimiento de los tejidos, que plantea que la mayoría de los enfermos de cáncer tienen más de 30 años, y a partir de dicha edad hay mayor probabilidad de adquirirla (Carswell, 2002).

Un 83% de las mujeres de la muestra son de la ciudad y sólo un 17% es de provincia, Banks y cols. (2002, en Varela, 2007), mencionan que las mujeres provenientes de áreas menos carenciadas tienden acudir más a programas para la detección de la enfermedad, que aquellas con un nivel socioeconómico inferior.

De acuerdo al modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1991), el individuo realiza la evaluación cognitiva del evento, en la que determina si es importante para su bienestar y en caso de que lo sea si es potencialmente buena o mala, en la que pueden intervenir factores personales y de la situación como: la falta de información, el hecho de no saber si se podrá controlar, si cambiará por sí misma

y el momento cronológico en que se presente. Dentro de la cual se realiza la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

En la evaluación primaria se determina que efecto tiene sobre su bienestar, si le causa daño/pérdida, amenaza o desafío. En una enfermedad, como el cáncer de mama, que se percibe como estresante de acuerdo con Duran y Vega (2007), Florez (1994) y Rojas (2006), la persona suele asociar esta enfermedad a diversas sensaciones de pérdidas reales o potenciales como son: de la belleza, autonomía, capacidad, valor social, autoestima e independencia económica.

En la evaluación secundaria las personas valoran los recursos con los que cuenta, para hacer frente a la situación, se encontró que toda la muestra hace uso de un tipo de afrontamiento ya sea racional, emocional o general, obteniendo que el 49% utilizan con mayor frecuencia un afrontamiento racional. Las estrategias que evalúan este afrontamiento son Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Focalización en la Solución del Problema (FSP), Reevaluación Positiva (REP); el 42% de la muestra que está en diagnóstico utilizan más las estrategias de BAS. Asemajándose a investigaciones realizadas con personas con cáncer de mama, como las de Ferrero y cols. (1995), en cuanto al tipo de afrontamiento ya que los datos que obtuvieron son: el espíritu de lucha y la negación que está asociados a mejores resultados psicosociales. Carrión y cols. (2004), concluyeron que la estrategia espíritu de lucha fue la más utilizada en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Mera y Ortiz (2012), concluyeron que un afrontamiento activo revela una mejor calidad de vida.

La relación entre las investigaciones anteriores y la presente es el tipo de afrontamiento que con mayor frecuencia emplean, esté enfocado en que se puede actuar sobre la situación para provocar un cambio y así minimizar el estrés a un nivel tolerable y que no afecte el bienestar de la persona.

En la Escala de Estrés Percibido la respuesta que se dio con más frecuencia fue “de vez en cuando”, para describir la variable estrés se establecieron niveles de estrés percibido (descritos en el procedimiento), dando como resultado que un 91% perciben la situación como estresante en un nivel moderado. Algo de lo que puede influir en el resultado es la edad ya que sólo el 16 % de la muestra se encuentra en una edad de entre 26 a 35 años, de acuerdo con Cruzado (2010), las personas más jóvenes responden con mucha más ansiedad, suelen requerir más información, sienten mayor temor no sólo por su vida, sino por su sentido de feminidad, imagen corporal, fertilidad, cuidado de sus hijos, proyectos vitales y situación económica. Las personas mayores responden con menos ansiedad y con mayor indefensión, las necesidades y síntomas que sufren son con frecuencia peor evaluados y tratados que en las personas jóvenes y de mediana edad.

De acuerdo a los datos que se obtuvieron se concluye que a pesar de que la teoría hace referencia a que la enfermedad de cáncer de mama es estresante, en la muestra de estudio se observa que las participantes tiene un nivel de estrés percibido moderado, lo que puede ser influido por el uso de algún tipo de afrontamiento, que implica actuar directamente sobre la situación estresante.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se encontró que la relación entre las variables afrontamiento del estrés y estrés percibido es negativa, interpretando que cuando las mujeres con cáncer de mama utilizan algún tipo de afrontamiento su percepción del estrés disminuye. Coincidiendo con lo que dice González (2007), la forma en la que el individuo interpreta una situación específica (en este caso el cáncer de mama) y decide enfrentarse a ella determina, en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante. Las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés. Al considerar que son capaces de hacer algo para manejar la situación y creen que van a tener éxito, se reduce el estrés (Brannon y Feist, 2001).

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Durante la carrera se obtuvieron conocimientos y habilidades básicas para llevar a cabo la investigación, lo que facilitó el proceso de la búsqueda de la información, así como de la aplicación de los cuestionarios.

La investigación fue enriquecedora, sin embargo nos encontramos, con limitantes como fue no contar con la autorización para el acceso a las instalaciones del FUCAM, por lo que no se pudo tener mayor interacción con la muestra. Lo que no permitió tener más información acerca de cómo se sentían, qué pensaban acerca de su padecimiento y qué es lo que hacen para afrontar la situación, saber cómo es el apoyo que reciben y de quién lo reciben.

A pesar de que las mujeres tenían la disposición a contestar los cuestionarios, hubo quienes no pudieron concluir ya que el tiempo no les alcanzaba y tenían que pasar a su consulta y los dejaban incompletos o quienes se llevaban y ya no los regresaban por que no salían durante el tiempo que estábamos en la institución. Por lo que se tuvieron que cancelar algunos y el tiempo de recolección de los datos fue más larga.

Para futuras investigaciones se sugiere que se agreguen preguntas a los datos sociodemográficos teniendo en cuenta las siguientes: ¿Cómo tuvo la sospecha de tener cáncer de mama? ¿Cómo evalúa la situación del cáncer de mama? A) daño/pérdida B) amenaza C) desafío. Para identificar cómo es percibida esta situación por la mayoría. ¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo

para combatir el cáncer de mama? De igual manera, considerar hacer una investigación mixta.

Conocer el tiempo que llevan en la etapa por la cual asisten al FUCAM ayudaría a determinar si el nivel de estrés se modifica por la variable tiempo; tener el mismo número de participantes en cada una de las etapas, para saber si la relación de las variables es la misma de acuerdo a la etapa.

REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, S. (2008). *Medicina general integral*. La Habana: Ciencias Médicas.
- American Cancer Society. (2013). *Cáncer de seno*. Atlanta. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>.
- Ancer, L., Meza, C., Pompa, F. y Landero, R. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16 (1), 91-101. México
- Barroilhet, S.; Forjaz, M. J. y Garrido E. (2005). Conceptos, teoría y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas de Especialidades en Psiquiatría*, 33 (66), 390-397.
- Beers, M., Porter R., Jones, T., Kaplan, J. y Berkwits, M. (2007). *El manual Merck. Diagnóstico y tratamiento*. España: Elsevier.
- Bensabat, S. (1994). *Stress*. Madrid: Ediciones mensajero.
- Brandan, M. y Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Cancerología* 1,147-162.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Burone, A. (2008). *Cáncer de mama. Comunicación diagnóstica y relación terapéutica*. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

- Carpentino, L. (1995). *Diagnósticos de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Carrión, C., Galdón, A., Manzanares, A., Rodenas, A. y Rodríguez, M. (2004). Aspectos psicosociales del cáncer de mama. *Revista de enfermería* 18, 19-23
- Carswell, E. (2002). *Cáncer mamario. El reto de hoy*. México: Trillas.
- Cólica, P., (2009). *El síndrome en los call center*. Argentina: Brujas.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: síntesis.
- Díaz Facio, L. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 155-160.
- Die Trill, M. (2003). *Psicooncología*. Madrid: Ades.
- Duran, J. y Vega, R.I. (2007). Dificultades que provoca en las relaciones de pareja el cáncer de mama. Universidad de Pamplona.
- Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis Doctoral. Universidad de León, España.
- Ferrero, J., Toledo, M., Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista latinoamericana de psicología*, 27(1), 87-102.

- Fierro, A. *Estrés, afrontamiento y adaptación*. En María Isabel Hombrados (Comp.). (1997). *Estrés y salud* (pp. 9-38). Valencia: Promolibro.
- Florez, L. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona: EdikaMed.
- García Viniegras, R. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 72-80.
- González, A. (2001). *Trastornos médicos frecuentes en oncología*. México: Mc Graw Hill.
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structur of the Perceived Stress Scale (SSP) in a Sample from México. *The Spanish journal of psychology*, 10(1), 199-206.
- González, M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones de estructurales. *Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 7-18.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama. Manual de tratamiento psicológico*. México: Paidós.
- Harrison, T. (2009). *Principios de medicina interna*. México: Mc Graw Hill.

- Hernández Sampieri, R.; Fernández C. y Baptista L. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Gill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (abril, 2013). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. Recuperado de [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2013/cancer0.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2013/cancer0.doc)
- Jaureguizar J. y Espina, A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia: Un programa de intervención en la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa*. España: Libros en red.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Lazarus R. y Folkman S. (2000). *Estrés y emoción: manejo de implicaciones en nuestra salud*. España: Desclee de Brouwener.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Planeta Roca.
- Manual CTO. (2011). *Ginecología y obstetricia*. Madrid: Grupo S.L.
- Mera, p. y Ortiz, M. (2012). Relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Red de revistas de América latina*, 30. 39-78.

- Milena, A., Vinaccia, S., Rivero, F. y Quiceno, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* 20, 50-75.
- Morales, P. (2008). Estadísticas aplicadas a las Ciencias Sociales. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Omar, G. (1995). *Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Argentina: Lumen.
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? Con alguna sugerencia. *Psicopatología y Psicología clínica*, 10(1), 3-14.
- Primer Consenso Nacional sobre Tratamiento del Cáncer Mamario. (1995). *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 41(3), 136-145.
- Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid: Mc Graw Hill.
- Riquelme, A., Buendía, J. y Rodríguez, MC. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89.
- Roca, R. (2002). *Temas de medicina interna*. La Habana: Ciencias Médicas.

- Rodríguez Marín J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rojas, M. (2000). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Médica Clínica Condes*, 17(4), 194-197.
- Rosenberg, A. (1990). *Principios y prácticas de oncología 1*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Rubia de la, J. y Martínez J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, 19(2), 189-196.
- Ruiz, C. (2002) Instrumentos de Investigación Educativa: Procedimiento para su diseño y validación. Venezuela: CIDEG.
- Sandín, B. (1995). El estrés. Belloch, B., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de psicología 2*. Madrid: Mc Graw Hilll.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Thomas, P. y Saborio, F. (1995). Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. *Ciencias Médicas*, 6(2), 29-38.
- Torrabadella, P. (1997). *Cómo prevenir el estrés*. España: Serbal.
- Urquidi, L., Montiel, M. y Gálvez, M. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Revista sonorensis de psicología*, 13(1), 30-36.

- Valdés, M. y Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Varela, B., Caporale, B., Delgado, L. Viera, M. Galain, A. y Schwartzmann, L. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 33-40.

# ANEXOS

## **INSTRUCCIONES**

A continuación se presenta una serie de preguntas que trata de investigar el afrontamiento del estrés percibido en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. El cuestionario es totalmente anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. La información será utilizada únicamente confines de análisis estadísticos.

Lea detenidamente cada pregunta, y responda con absoluta sinceridad. No hay respuestas buenas ni malas, todas son válidas, lo importante es ser veraz y no dejar ninguna pregunta en blanco, por favor conteste de la manera que mejor se acerque a su comportamiento personal y con toda franqueza.

Cada una de las preguntas empieza con una parte escrita y después tiene varias posibilidades para elegir sólo una respuesta.

Si tiene alguna duda o pregunta, con toda confianza pregúntenos y con gusto le orientaremos.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación

Antes de contestar el cuestionario y la escala llenaron una hoja de datos sociodemográficos.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación se presentan una serie de preguntas que indagan acerca de sus datos personales. Por favor marque con una X la opción que mejor se relacione con usted.

### Datos personales

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: Ciudad ( ) Provincia ( )

Nivel escolar: Primaria ( ) Secundaria ( )

Técnico ( ) Bachillerato ( )

Profesional ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casada ( ) Soltera ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Usted viene a: Diagnóstico ( ) Tratamiento ( ) Seguimiento ( )

### Tuvo alguna intervención quirúrgica con respecto al Cáncer de Mama:

Si ( ) No ( )

### Está recibiendo apoyo psicológico:

Si ( ) No ( )

## Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Para contestar debe leer cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente para hacer frente a situaciones de estrés. Marque con una X la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones más estresantes vividas recientemente (aproximadamente durante el último mes).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

### ¿Cómo se ha comportado ante situaciones de estrés?

		0	1	2	3	4
1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4	Descargué mi mal humor con los demás					
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7	Asistí a la Iglesia					
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10	Intenté sacar algo positivo del problema					
11	Insulté a ciertas personas					
12	Me enfoqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18	Me comporté de forma hostil con los demás					
19	Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema					

20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mi más importantes					
25	Agredí a algunas personas					
26	Procuré no pensar en el problema					
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30	Me di cuenta de que por mi mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”					
32	Me irrité con alguna gente					
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicaran cuál sería el mejor camino a seguir					
35	Recé					
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40	Intenté olvidarme de todo					
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesite manifestar mis sentimientos					
42	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					

(CAE)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Sandín, B. & Chorot (2003).

## Escala de Estrés Percibido<sup>2</sup>

Marque la opción que mejor se adecúe a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?					
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nerviosa o estresada (llena de tensión)?					
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
E6. ¿Con qué frecuencia has estado segura sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?					
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?					
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?					
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?					
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?					
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?					
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?					
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?					
E14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?					

**¡GRACIAS POR SU APOYO!**

<sup>2</sup> Gonzales y Landeron (2007).