



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A (N)

Cisneros Mendoza Jessica

Muñoz Villegas Norma Edith

Directora: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Dictaminadores: Mtra. Assol Cortés Moreno

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Norma Edith Muñoz Villegas

Agradezco a mi madre por brindarme su apoyo en todo momento, alentándome a salir adelante, motivándome y acompañándome en mis desveladas y en los días difíciles. Agradezco a mi padre por los esfuerzos que ha realizado para brindarme su apoyo, no sólo durante la carrera, sino a lo largo de toda mi vida. Gracias por brindarme su ayuda económica y emocional, por su compañía y comprensión y, sobre todo, gracias por el amor y el apoyo incondicional que me han dado. Asimismo, agradezco a mi hermana porque ha sido un ejemplo a seguir, con sus logros y metas, gracias por el cariño y la motivación que me has dado. Considero que la familia es lo más importante en la vida y les agradezco de todo corazón por pertenecer a mi lado en periodos de cansancio y estrés, así como también en momentos de logros y felicidad.

Agradezco a la profesora Ana Leticia Becerra, mi profesora del último semestre de la carrera de Psicología y mi asesora de tesis, quien me contagió de su pasión por nuestra profesión. Gracias por su paciencia, dedicación, motivación; por animarme y, a la vez, exigirme. A los profesores, Leonardo Reynoso y Assol Cortés por guiarnos en la elaboración del presente escrito.

Gracias a mi amiga y colega Jessica, quien me apoyó durante toda la carrera en todos los aspectos. Gracias por tu amistad, por tu apoyo académico y emocional. Seguiremos adelante, aprendiendo cada vez más de la vida y de nuestra profesio

Finalmente, agradezco profundamente a la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, que me ha dado lo más valioso en la vida, "educación". Mi agradecimiento es tanto que me comprometo a poner en alto el nombre de mi universidad al lugar al que llegue.

AGRADECIMIENTOS

Jessica Cisneros Mendoza

Agradezco a todas aquellas personas involucradas en el desarrollo de esta tesis, principalmente a mi asesora Ana Leticia Becerra; sus enseñanzas, su paciencia, su carisma y dedicación fueron de gran inspiración para que este trabajo se convirtiera en algo más que un proceso de titulación.

A los profesores, Leonardo Reynoso y Assol Cortés por ampliar nuestros conocimientos y orientarnos en la realización de este trabajo.

A mi gran compañera y amiga Edith Muñoz por recorrer este arduo y hermoso camino junto a mí desde hace cuatro años. Sin ti no hubiera sido lo mismo.

A mis padres, Ramón Cisneros y Ana Lilia Mendoza, por su cariño incondicional, su apoyo durante los momentos más difíciles y por creer en mí.

A mi tía Adriana, por recordarme ser siempre amable, agradecida y cariñosa con la vida.

A la UNAM, mi segunda casa, por todo lo aprendido dentro y fuera del salón; prometo hacer buen uso de ello.

Por último, a la Psicología, hiciste grandes cambios en mí.

Sin ustedes esto no sería posible.

De todo corazón, gracias.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Justificación	4
Capítulo 1. Características del cáncer de mama	
1.1. Definición del cáncer	6
1.2. Cáncer de mama	7
1.3. Tipos de cáncer de mama	8
1.4. Estadios del cáncer de mama	9
1.5. Estadísticas mundiales y nacionales del cáncer de mama	12
1.6. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama	14
1.7. Signos y síntomas del cáncer de mama	16
1.8. Tratamientos para el cáncer de mama	17
1.9. Factores psicosociales asociados al cáncer de mama	19
Capítulo 2. Afrontamiento y cáncer de mama	
2.1. Definición de afrontamiento	24
2.2. Modelos teóricos del afrontamiento	26
2.2.1. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984)	26
2.2.2. Modelo de Ray, Lindop y Gibson (1982)	29
2.2.3. Modelo de Taylor (1983)	29
2.2.4. Modelo de Leventhal y Nerenz (1987)	31
2.2.5. Modelo de Lipowski (1970)	35

2.2.6 Modelo de Moos y Schaeffer (1984)	37
2.2.7 Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Greer y colaboradores (1979)	39
2.3. Estilos y estrategias de afrontamiento: definición y clasificación	43
2.3.1. Estrategias de resolución de problemas	44
2.3.2. Estrategias de regulación emocional	45
2.4. Estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama	49
Capítulo 3. Apoyo social y cáncer de mama	
3.1. Definición de apoyo social	53
3.1.1. Apoyo informativo	55
3.1.2. Apoyo financiero/económico	56
3.1.3. Apoyo emocional	56
3.1.4. Apoyo instrumental	57
3.1.5. Apoyo valorativo	57
3.2. Redes de apoyo social	57
3.2.1. Redes de apoyo formales	58
3.2.2. Redes de apoyo informales	59
3.3 Funcionalidad versus percepción de apoyo social	61
3.4. Redes de apoyo social en pacientes con cáncer de mama	62
Conclusiones	65
Referencias	70

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta la calidad de vida del paciente y su familia. En los últimos años el cáncer de mama ha aumentado su prevalencia en la sociedad contemporánea, siendo la segunda causa de muerte mundial en mujeres; demandando una mayor atención interdisciplinaria por parte del sector salud. Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social han sido consideradas como variables importantes que permiten sobrellevar dicha enfermedad, debido a la relevancia que tienen sobre el paciente en cada etapa del padecimiento. Durante el proceso de enfermedad se presentan situaciones que el paciente debe afrontar, tales como cambios físicos, miedo, ansiedad, estrés, pérdida de control, problemas sociales, pérdida de las rutinas diarias, del trabajo y replantear sus planes de vida.; motivo por el cual es importante que las personas estén integradas en una estructura social, debido a que el apoyo que reciben en ésta, influye en las estrategias que cada paciente emplea para afrontar el padecimiento. Por lo anterior, se realizó una investigación teórica con el objetivo de describir las características de las variables afrontamiento y apoyo social en pacientes con cáncer de mama. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura disponible acerca de los modelos teóricos de afrontamiento rescatando las propuestas de autores como: Lazarus y Folkman; Ray, Lindop y Gibson; Leventhal y Nerenz; Lipowski; Moos y Schaeffer y Taylor. Además, se describen los diferentes tipos de apoyo social que influyen de manera positiva o negativa en quien padece esta enfermedad.

Palabras clave: cáncer de mama, afrontamiento, estrategias, estilos, modelos, apoyo social.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que impacta considerablemente a la persona que lo padece y a sus familiares. Las pacientes con cáncer de mama enfrentan una serie de situaciones complejas y cambiantes, produciendo en consecuencia malestar emocional. Desde las pruebas exploratorias y la espera de resultados, el diagnóstico de extensión, la valoración de tratamientos a seguir, la intervención quirúrgica con la correspondiente hospitalización, los tratamientos complementarios, los controles periódicos durante la fase de intervalo libre de enfermedad, el tratamiento de la recidiva y/o metástasis, el control de las situaciones avanzadas de enfermedad hasta, en numerosos casos, el proceso de enfermedad avanzada y terminal (Font & Cardoso, 2009).

Aunado a ello, en cada etapa de la enfermedad se presentan situaciones que el paciente con cáncer debe afrontar. En la fase de diagnóstico presenta miedo, ansiedad y estrés. Durante el tratamiento hay una sensación de pérdida de control, problemas sociales, pérdida de las rutinas diarias, del trabajo y de algunas redes sociales de apoyo. Al concluir el tratamiento médico, el paciente debe retomar sus actividades diarias, relaciones interpersonales, relaciones sexuales y de pareja, replantear sus planes de vida, implementar cambios conductuales saludables, sobrellevar los cambios provocados por los efectos secundarios, adaptarse a los daños en la imagen corporal, reincorporarse al campo laboral, enfrentar las pérdidas de oportunidades de promoción laboral y controlar sus miedos en relación a la recurrencia (Becerra, 2014). Las respuestas de afrontamiento a la enfermedad varían en cada paciente, tomando en cuenta la situación experimentada y su potencial para afrontar dicha situación.

Para Lazarus (1991), el afrontamiento puede definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales, en el intento de controlar las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona. Es decir, las estrategias de afrontamiento permiten que el paciente oncológico reduzca sus niveles de estrés y ansiedad. Sin embargo, el éxito del afrontamiento dependerá de la capacidad individual para identificar las demandas cambiantes de una situación y de emplear la estrategia de afrontamiento adecuada en cada momento (Font & Cardoso, 2009).

Es necesario que las personas estén integradas en una estructura social, debido a que el apoyo que reciben en ésta influye en las estrategias que cada paciente emplea para afrontar la enfermedad. Este apoyo puede ayudar a prevenir estrés, ansiedad, miedo y aislamiento social (Moreno & Ramírez, 1999); teniendo efectos positivos en la adaptación y control de las enfermedades crónicas, incluyendo cáncer de mama. En los últimos años, las redes sociales han tenido un efecto directo sobre la salud, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Vinacci et al., 2005).

Moreno y Ramírez (1999) consideran que el apoyo social en los pacientes con cáncer puede prevenir un desajuste psicológico ante determinados acontecimientos de la vida y de la enfermedad, particularmente después de un diagnóstico de cáncer que conlleva importantes alteraciones en la vida social. De acuerdo con Folkman y Lazarus (1980), con el apoyo de los otros, el enfermo es capaz de mejorar y afrontar el padecimiento, haciendo la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder y entre querer y desear vivir.

De acuerdo con Carrión et al. (2004), es importante informar a la familia de lo que ocurre desde la sospecha de un posible diagnóstico de cáncer, con el objetivo de brindar el apoyo necesario desde el comienzo de la enfermedad. Dichos autores mencionan que con ayuda de los familiares se puede lograr que la paciente se sienta tranquila y continúe su vida normalmente. Otras redes de apoyo importantes para las pacientes son los grupos creados dentro o fuera del hospital, los cuales proporcionan información, apoyo emocional y facilitan la aceptación por medio del intercambio de experiencias con otras mujeres con la misma enfermedad. Las experiencias compartidas y la comunicación ayudan a eliminar la sensación de soledad y aislamiento.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es describir las características generales de las variables afrontamiento y apoyo social en pacientes con cáncer de mama. El primer capítulo estará integrado de información relacionada a las generalidades médicas del cáncer de mama. En el segundo capítulo se hará énfasis en el afrontamiento y los distintos modelos teóricos que han abordado este tema y cómo es utilizado en pacientes con cáncer de mama como una estrategia para adaptarse al padecimiento. En el tercer capítulo se hablará del apoyo social y su relación con el cáncer de mama. Finalmente se presentarán las conclusiones previstas por las autoras para ofrecer un panorama personal del análisis de estas variables, así como también se expondrán propuestas de investigación que podrían realizarse desde la psicología en el futuro.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con las estadísticas de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2012), la incidencia de cáncer de mama en mujeres en el año 2012 fue de 1, 671,149 nuevos casos, representando el 25.1% de los casos de cáncer de mama en el mundo. El índice de mortalidad causada por esta enfermedad afectó a 521,907 mujeres, representando el 14.7% de los casos.

Los tratamientos médicos que enfrentan las mujeres con cáncer de mama implican costos económicos muy elevados que superan el ingreso económico de las familias mexicanas, estas cifras incluyen gastos de traslados, hospedaje, comida, gastos médicos, medicinas, entre otros. Asimismo, los tratamientos conllevan la pérdida de rutinas diarias y del trabajo, debido al ausentismo que ocasionan la aplicación de los procedimientos médicos y los efectos secundarios de dichos métodos, presentando sentimientos de tristeza, preocupación, miedo, incertidumbre y desesperanza sobre el futuro.

Además del apoyo familiar, el trabajo es considerado como una de las principales redes de apoyo, por lo tanto, al no tener un empleo se disminuye o elimina la interacción social con amistades y otros miembros de la comunidad laboral. Según Gracia y Herrero (2006), la interacción social de los miembros y de las organizaciones de una comunidad sirve para obtener recursos, información, apoyo y promueve el sentimiento de pertenencia y de integración. Hoffmann, Muller y Frasson (2006), confirmaron que tener la percepción de que otras personas están disponibles para ayudar y dar apoyo, tiene un impacto en el afrontamiento del cáncer mama. Por su parte, la falta de apoyo social resulta en efectos negativos como agravamiento de problemas, falta de adhesión al tratamiento, de uso y atención de servicios de salud (Canesqui & Barsaglini, 2012).

Por lo anterior, consideramos que el apoyo social influye directamente en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama; debido a que dichas estrategias son empleadas con el objetivo de reducir el impacto negativo que producen los estresores de la enfermedad sobre su bienestar psicológico y median entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2007). El apoyo social es funcional en la medida que ayuda en la adaptación de las mujeres con cáncer. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Leyva, Solano, Labrador, Gallegos & Ochoa (2011), quienes encontraron que el apoyo que ofrece la familia, principalmente los hijos, otorga sentido a la vida en todas las experiencias, y brinda una motivación para continuar viviendo con la enfermedad. Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) realizaron un estudio en el que encontraron que el apoyo social influye en la salud física y mental, tanto en la moderación de los impactos negativos como en factores protectores y promotores de la salud, ayudando al afrontamiento de las enfermedades, estrés, crisis o vulnerabilidad social. Concluyendo que el apoyo social puede tener efectos positivos en la adaptación y el manejo de las enfermedades crónicas. Por ello, el afrontamiento y el apoyo social son variables de importancia cuando hablamos del cáncer de mama y de su adaptación en el proceso salud – enfermedad.

CAPÍTULO 1

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE MAMA

1.1. Definición del cáncer

El cuerpo humano está formado de trillones de células. Cuando las células normales se dañan, tienden a envejecer, mueren y posteriormente células nuevas las reemplazan. Sin embargo, en el cáncer este proceso se desequilibra y a medida que las células se hacen más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2015). Por lo tanto, un cáncer está conformado por un grupo de células que han perdido sus mecanismos normales de control, produciéndose un crecimiento descontrolado. A medida que las células cancerosas crecen y se multiplican, forman una masa de tejido canceroso, llamada tumor. El término tumor se refiere a un crecimiento anormal o a una masa; los tumores pueden ser cancerosos o no cancerosos, malignos o benignos (Frenkel, 2003).

Los tumores cancerosos malignos pueden extenderse o invadir los tejidos cercanos, desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático, y formar nuevos tumores lejos del original. Por el contrario, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos, a diferencia de los tumores malignos que tienden a la invasión.

De acuerdo con Frenkel (2003), los tejidos cancerosos malignos pueden dividirse en dos: los de la sangre y los formadores de sangre, como leucemias y linfomas, y en tumores sólidos, a menudo llamados cáncer. Los tumores sólidos pueden ser carcinomas o sarcomas. Los carcinomas son cánceres que se forman a partir de células epiteliales que cubren la superficie del cuerpo, producen hormonas y forman las glándulas; algunos ejemplos de carcinomas son el cáncer de piel, de pulmón, de colon, de estómago, de mama, de próstata y de la glándula tiroidea. Los sarcomas son cánceres que se forman en el hueso y en los tejidos blandos, incluso en

músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y en tejido fibroso, como tendones y ligamentos (NIH, 2015). Ejemplos de sarcomas son el cáncer de músculo liso y el cáncer de hueso.

1.2. Cáncer de mama

La mama está compuesta por lobulillos y conductos. Los lobulillos pueden producir leche, y los conductos llevan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. El tejido de la mama también contiene grasa y tejido conjuntivo, ganglios linfáticos y vasos sanguíneos (Figura 1) (NIH, 2015).

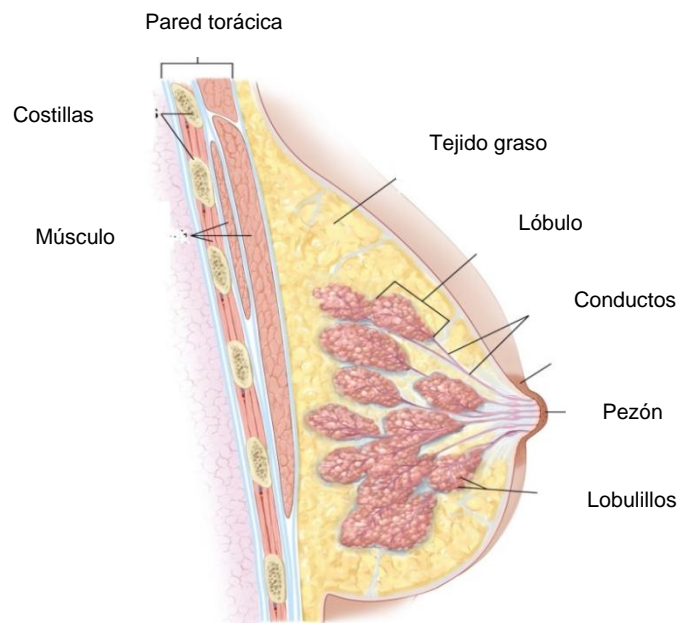


Figura 1. Se muestra la anatomía de la mama femenina que está compuesta por lóbulos, lobulillos, conductos y otras partes de la mama. Recuperado de <https://goo.gl/images/dSoE5m>

El término cáncer de mama hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias. A menudo, los cánceres de mama son un tipo de carcinoma llamado adenocarcinoma el cual se origina en las células que producen glándulas. Los adenocarcinomas de la mama se originan en los conductos

o en los lobulillos. Otros tipos de cáncer de mama menos comunes son los sarcomas, que empiezan en las células del músculo, grasa o tejido conectivo. Algunas veces un solo tumor puede ser una combinación de diferentes tipos de cáncer (American Cancer Society, 2016).

1.3. Tipos de cáncer de mama

De acuerdo con el NIH (2015), existen más de 100 tipos de cáncer. Los tipos de cáncer se pueden dividir en dos: cánceres *in situ* que son aquellos que no se han propagado y cánceres invasivos o infiltrantes, los cuales se han extendido al tejido circundante de la mama (Tabla 1).

Tabla 1.

Tipos de cáncer de mama según su nivel de invasión

<i>In situ</i>		Invasivos o infiltrantes	
Nombre	Características	Nombre	Características
Carcinoma Ductal In Situ (DCIS)	Cáncer de mama no invasivo o pre invasivo.	Carcinoma Ductal Invasivo o Infiltrante (IDC)+	Comienza en un conducto lácteo de la mama, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo
Carcinoma lobulillar In Situ (LCIS)	Células con aspecto canceroso, crecen en los lobulillos, pero no atraviesan la pared de éstos	Carcinoma Lobulillar Invasivo (ILC)	Comienza en los lobulillos, se puede propagar a otras partes del cuerpo

Nota: Adaptado de “Tipos de cáncer de seno”, por la American Cancer Society, 2016. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/comprencion-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno.html>

Existen otros tipos de cáncer menos comunes como el inflamatorio que representa aproximadamente del 1% al 3% de todos los cánceres de mama; un ejemplo de ello, es la enfermedad de Paget del pezón, la cual comienza en los conductos y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola, sin embargo, esta se presenta en el 1% de todos los casos. Asimismo, los tumores filoides (phyllodes) son tumores poco comunes que se originan en el tejido conectivo (estroma) de la mama. El angiosarcoma se origina en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos (American Cancer Society, 2016).

1.4. Estadios del cáncer de mama

Se le llama estadificación o clasificación al proceso que determina la etapa o estadio del cáncer. Este proceso nos permite conocer qué tan grave es el cáncer y la mejor manera de tratarlo. Para determinar la etapa del cáncer es necesario realizar exámenes médicos y biopsias y, además, es posible que se realicen radiografías del tórax, mamogramas de ambas mamas, gammagrafías óseas, Tomografía Computarizada (CT), Imágenes por Resonancia Magnética (MRI), o Tomografías por Emisión de Positrones (PET). También se pueden llevar a cabo análisis de sangre para evaluar su salud general o identificar la propagación a ciertos órganos (American Cancer Society, 2016).

El cáncer de mama se clasifica por etapas empleando el sistema TNM de la American Joint Commission on Cancer (AJCC) (2017 como se citó en American Cancer Society, 2016). Para otorgar una clasificación se basa en el tamaño y extensión del tumor principal (T), en la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos (N) y en la metástasis a otras partes del cuerpo (M). Se emplean números después de cada letra, tal como se muestra en la Tabla 2 (NIH, 2015; American Cancer Society, 2016).

Tabla 2

Clasificación del cáncer en el sistema TNM

<i>Tumor primario (T)</i>		<i>Ganglios linfáticos regionales (N)</i>		<i>Metástasis distante(M)</i>	
<i>Clasificación</i>	<i>Significado</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Significado</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Significado</i>
TX	No puede medirse T	NX	No puede medirse el cáncer en N	MX	No puede medirse M
T0	No puede encontrarse T	N0	No hay cáncer en N	M0	El cáncer no se ha metastizado
T1, T2, T3, T4	Se refiere al tamaño y/o extensión de T.	N1, N2, N3	Se refiere al número y ubicación de N que tienen cáncer	M1	El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Nota: Adaptado de “Tipos de cáncer de seno”, por la American Cancer Society, 2016. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/comprencion-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno.html>

Sin embargo, el sistema TNM no es la única manera de clasificar las etapas del cáncer. Otra forma de estadificarlo es a partir de cinco estadios menos detallados, los cuales van del 0 al IV, donde en cada nivel la enfermedad es más avanzada (Tabla 3) (NIH, 2015; Piccolini & Allemand, 2012). En esta clasificación la etapa 0 es aquella en la que el tumor maligno se encuentra más focalizado y es fácilmente tratable, mientras que en la etapa IV se ha diseminado a otras partes del cuerpo y el tratamiento es exclusivamente para proporcionar mejor calidad de vida.

Tabla 3

Estadificación del cáncer por estadios

Estadio	Significado
Estadio 0	Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano
Estadio I, II y III	Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo

Nota: Adaptado de “Estadificación del cáncer” por el Instituto Nacional del Cáncer, 2015. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

Según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ([CNEGSR], 2014 como se citó en INEGI, 2016), la etapa en que se encuentre el paciente diagnosticado con cáncer es determinante en el éxito terapéutico e incide en las probabilidades de supervivencia. Así, en la etapa 0 hay 95% de probabilidad de supervivencia; en la etapa I, 88%; en la etapa II, 66%; en la etapa III desciende a 36% y en la etapa IV las probabilidades de resistencia a la enfermedad son del 7%. En el país, 90% de los casos detectados están en etapa III y IV y, según lo señalado por el CNEGSR, en México cada dos horas muere una mujer a causa de este padecimiento.

Asimismo existe un sistema de estadificación que se usa para todos los tipos de cáncer, en el cual se agrupa el cáncer en una categoría principal de cinco existentes: 1) in situ: hay células anormales presentes pero no se han diseminado a tejido cercano; 2) localizado: el cáncer se ha limitado al lugar en donde empezó, sin indicios de haberse diseminado; 3) regional: el cáncer se ha extendido a estructuras cercanas, como a los ganglios linfáticos, tejidos u órganos; 4) distante: el cáncer se

ha diseminado a partes distantes del cuerpo y 5) desconocido: no hay información suficiente para determinar el estadio (NIH, 2015).

1.5 Estadísticas mundiales y nacionales del cáncer de mama

De acuerdo con las estadísticas de la OMS (2012), la incidencia de cáncer de mama en mujeres en el año 2012 fue de 1, 671,149, representando el 25.1% de los casos de cáncer de mama en el mundo. El índice de mortalidad causada por esta enfermedad afectó a 521,907 mujeres, representando el 14.7% de los casos, siendo la principal causa de muerte mundial (Figura 2).

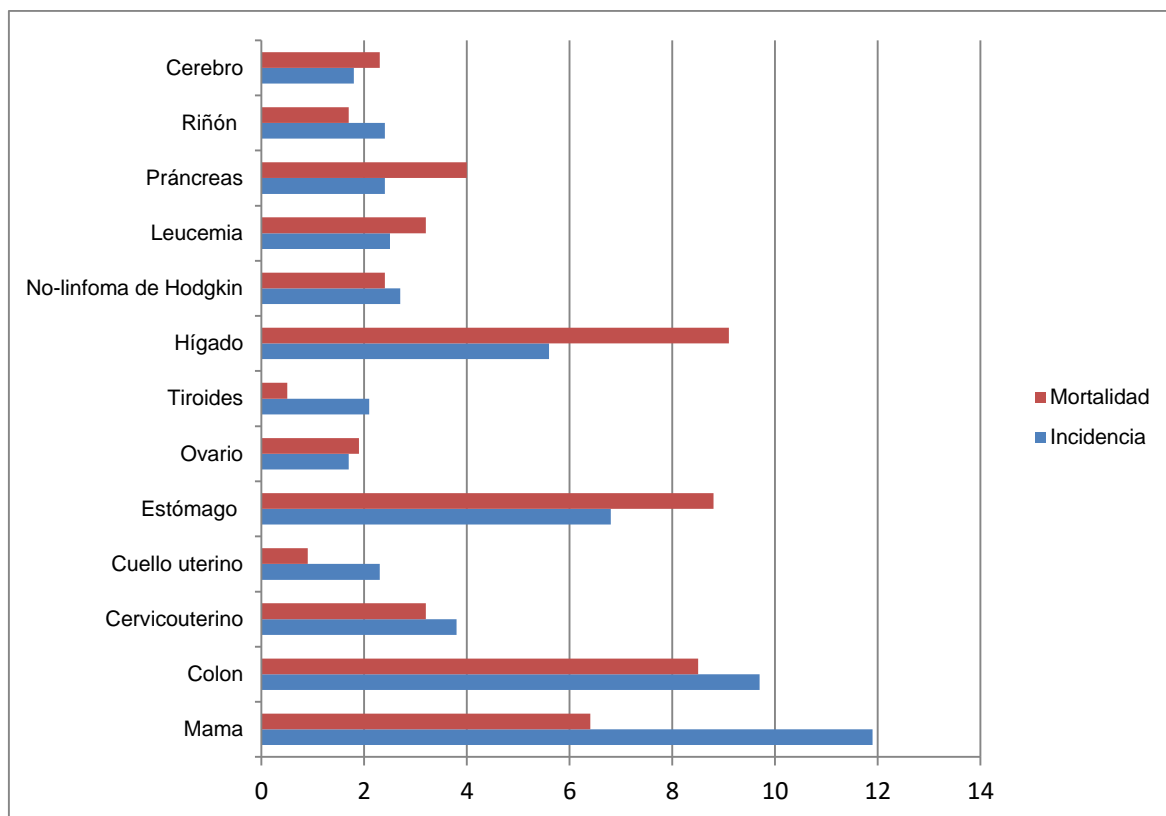


Figura 2. Gráfica representativa de la incidencia y mortalidad a nivel mundial por cáncer de mama. La incidencia se representa con color azul, mientras que la mortalidad en rojo. Adaptado de "GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012", por la Organización Mundial de la Salud, 2012. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

En 2014, del total de los casos diagnosticados con cáncer en la población mexicana de 20 años y más, el cáncer de mama es el de mayor presencia con 19.4%. Por sexo, el tumor maligno de mama en hombres representa el 1% del total de los casos, mientras que en las mujeres se estima que tres de cada 10 es diagnosticada con esta enfermedad (OMS, 2015).

En México, para 2015, se observó un incremento de la incidencia de tumor maligno de mama con la edad, para ambos sexos. El mayor incremento se mostró en las mujeres con edades entre los 25 y 44 años; en los hombres, se mantuvo la tendencia al alza con la edad. Por entidad federativa, se percibió que el cáncer de mama tiene mayor incidencia en los estados de Colima, Campeche y Aguascalientes (101.08, 97.60 y 96.85 casos nuevos por cada 100 000 mujeres de 20 y más años, respectivamente) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

El cáncer de mama es una enfermedad crónico-degenerativa que tiene tratamiento y posibilidades de curación, pero que por diversas complicaciones puede ser causante de la muerte de quien lo padece. De acuerdo con las OMS (2013), el cáncer de mama es responsable de gran cantidad de muertes entre las mujeres de 20 a 59 años a nivel mundial. En 2012, se le atribuyen 521 000 fallecimientos (OMS, 2015), los cuales ocurren principalmente en países en desarrollo.

En un análisis de la mortalidad realizado por la OMS (2014) por grupo de edad se observa que conforme incrementa la edad de la mujer aumentan los fallecimientos a causa del cáncer de mama; mientras que en el grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad se presenta un fallecimiento por cada 100 000 mujeres, entre las mujeres de 80 y más años son 65 fallecimientos (Figura 2). Esta tendencia puede deberse a la respuesta inmunológica del cuerpo al tratamiento, a posibles diagnósticos tardíos

o a una posible recurrencia de la enfermedad, es decir, a la ocurrencia de un nuevo cáncer en la zona.

1.6. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama

Hasta el momento no existe una causa específica para desarrollar cáncer de mama, sin embargo, algunos autores concuerdan con que existen factores de riesgo involucrados en el padecimiento de la enfermedad como la edad, medicamentos de restitución hormonal, uso de anticonceptivos, lactancia, antecedentes familiares de la enfermedad, obesidad en la mujer pos-menopáusica, exposición a las radiaciones, consumo excesivo de alcohol, tabaco y falta de ejercicio físico (Brandan & Villaseñor, 2006; Robles & Galanis, 2002 y Torres & Vladislavovna, 2007). A continuación, se describirán las características de cada uno de los factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama.

Sexo. En la actualidad se cree que uno de los principales factores de riesgo para padecer cáncer de mama es ser mujer. A pesar de que los hombres también pueden padecer la enfermedad, las células mamarias de las mujeres crecen y cambian constantemente, principalmente debido a la actividad de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona. Esta actividad aumenta notablemente el riesgo de cáncer de mama (Breastcancer, 2017).

Edad. De los factores de riesgo más conocidos. En México esta enfermedad suele manifestarse a partir de los 20 años de edad y su frecuencia se incrementa de los 40 a los 54 años, siendo este último el grupo de edad más afectado (Romero, Santillán, Olvera, Morales & Ramírez, 2008).

Obesidad en las mujeres pos-menopáusicas. La mujer pre-menopáusica con obesidad posee una relación inversamente proporcional con el desarrollo del cáncer de mama. En la pos-menopáusica se convierte en un factor importante, asociándose

con un riesgo hasta dos veces mayor. Esto se debe a que el tejido adiposo se convierte en el único órgano productor de estrógenos, a través de la aromatización de androstenediona y, al alterarse la unión de éstos con la proteína transportadora de esteroides sexuales, se inducen elevadas concentraciones de estrógenos libres (Romero et al., 2008).

Menstruación. La menstruación iniciada a temprana edad y el término de ésta después de los 55 años aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama (Romero et al., 2008).

Nuliparidad y embarazos. Existen estudios en los que se demuestra que la paridad y la lactancia son factores protectores contra cáncer de mama, tal como el realizado por Romieu, Hernández, Lazcano y López (1996) en el que demostraron que las mujeres que alguna vez habían amamantado tenían una reducción en la probabilidad de padecer cáncer de mama en comparación con las mujeres que nunca habían dado pecho.

Uso de anticonceptivos e ingesta de hormonas. El tiempo de uso, edad a la que se inició la ingesta, dosis y tipo de hormonas empleadas también son factores de riesgo (Brandan & Villaseñor, 2006).

Consumo de alcohol. De acuerdo con Romero et al. (2008), el consumo de bebidas alcohólicas también aumenta las probabilidades de contraer cáncer de mama, ya que entre sus productos se encuentra el acetaldehído, conocido como carcinógeno primario en animales.

Tabaquismo. Existe controversia entre la asociación de tabaquismo y el cáncer de mama, ya que algunos autores señalan que sus derivados, como el benzopireno, las aminas aromáticas y nitrosaminas, están implicados en la carcinogénesis de la

mama (Torres & Vladislavovna, 2007), mientras que otros no han encontrado ninguna asociación (Lin et al., 2008).

Dadas las características del cáncer de mama y dado que la mayoría de los factores de riesgo se asocian con cambios en el comportamiento, la OMS (2016) considera que es necesario que la población adopte estilos de vida saludables para la prevención del cáncer. Sugiere también el uso de información encaminada a la autoexploración mamaria y ayudar a vencer el miedo y los estigmas que puedan frenar el acudir a servicios de salud ante la sospecha de padecerlo.

1.7. Signos y síntomas del cáncer de mama.

Los signos y síntomas son señales de lesión o enfermedad. Los signos pueden ser percibidos por familiares, médicos, enfermeras u otro profesional de atención médica; por ejemplo, fiebre, pérdida o aumento de peso. Un síntoma es una señal que la persona que lo experimenta siente y es posible que otros no lo noten fácilmente; por ejemplo, debilidad, dolor muscular o cansancio (American Cancer Society, 2014).

El cáncer puede producir síntomas diferentes, unos sutiles y otros no. Hay síntomas que aparecen de manera precoz en el curso del cáncer y son importantes como signos de alarma que ha de analizar un médico. Algunos síntomas se presentan en muchos o casi todos los cánceres y otros son específicos de un tipo de cáncer y de su localización (Aliff & Pfister, 2003). De acuerdo con la American Cancer Society (2014) algunos signos y síntomas generales del cáncer son:

Pérdida de peso inexplicable. La mayoría de las personas con cáncer experimentará pérdida de peso en algún momento. Una pérdida de peso inexplicable de 10 libras o más puede ser el primer signo de cáncer.

Fiebre. La fiebre es muy común en los pacientes que tienen cáncer. Ocurre con más frecuencia después que el cáncer se ha propagado del lugar donde se originó. Casi todas las personas con cáncer experimentarán fiebre en algún momento.

Cansancio. El cansancio es un agotamiento extremo que no mejora con el descanso. Puede ser un síntoma importante a medida que el cáncer progresa. En algunos cánceres, como leucemia. El cansancio puede ocurrir al principio.

Dolor. Puede ser un síntoma inicial de algunos cánceres, tales como el cáncer de los huesos o el cáncer testicular. Un dolor de cabeza que no desaparece o que no se alivia puede ser un síntoma de un tumor cerebral. El dolor debido al cáncer significa que ya se propagó del lugar donde se originó.

En el cáncer de mama, los carcinomas son asintomáticos, a excepción del inflamatorio, es por ello que por medio de la palpación se demuestra la existencia de un nódulo en la mama y/o adenopatías regionales (axilares y/o supraclaviculares), y/o derrame sanguinolento por el pezón. Es importante destacar que del total de los nódulos descubiertos por auto examen sólo 20 % son carcinomas. Por su parte, los carcinomas tempranos también son asintomáticos, el examen clínico no muestra evidencia de enfermedad por lo que sólo son detectados por medio de una mamografía o ecografía (Debonis, 2013).

1.8. Tratamientos para el cáncer de mama

Existen distintos tipos de tratamientos médicos para tratar el cáncer, los procedimientos empleados con mayor frecuencia son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. La cirugía es uno de los pilares fundamentales del tratamiento oncológico salvo en tumores quimioterapiables. Hay distintos tipos de cirugía como la curativa en la que se extirpa completamente del tumor primario con márgenes suficientes y linfadenectomía, cirugía ante recidivas y metástasis, así como también

la cirugía citorreductora cuyo objetivo principal es la reducción del volumen tumoral para conseguir mayor respuesta a los tratamientos complementarios, y la cirugía paliativa realizada con el objetivo de evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Frenkel, 2003).

Asimismo, se emplea la radioterapia, en la que se utiliza la radiación ionizante para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan. En algunos casos, el objeto de la radioterapia es la destrucción completa de un tumor, y en otros, la finalidad es reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas. Existen distintos tipos de tratamiento con radioterapia, en función de los objetivos buscados, entre los cuales podemos encontrar la radioterapia radical o con intención curativa, adyuvante, neoadyuvante y paliativa. La primera es utilizada en tumores localizados en estadios iniciales, permite la posibilidad de curación con preservación de órgano y función. La adyuvante se emplea después de una cirugía curativa, con el objetivo de erradicar restos tumorales subclínicos, disminuyendo el riesgo de recaída y la neoadyuvante es empleada previamente al tratamiento quirúrgico definitivo para mejorar la radicalidad quirúrgica, y/o cirugía conservadora con preservación de órgano. Finalmente, la radioterapia paliativa consiste en la desaparición o mejoría de los síntomas provocados por complicación local de la enfermedad (Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología [ECO], 2014).

Los tratamientos antineoplásicos representan otra herramienta para destruir las células cancerosas. En la actualidad la quimioterapia tiene un papel en cuatro diferentes escenarios clínicos: a) como tratamiento de inducción, que se refiere al tratamiento primario; b) como tratamiento adyuvante, es decir, que se emplea después de que el tumor primario se controló con tratamiento local; c) como tratamiento concomitante en pacientes con enfermedad localizada, y d) como tratamiento paliativo donde va encaminada a aliviar las manifestaciones de la

enfermedad y prolongar el período libre de progresión cuando la curación no es posible (Granados & Herrera, 2010).

El INEGI (2016) considera importante señalar que el tratamiento de esta enfermedad no se limita al aspecto físico, sino que también se debe contemplar el ámbito psicológico; tanto pacientes como familiares deben tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas respecto a la enfermedad, tratamiento y pronóstico. Con el apoyo social emocional se busca que las pacientes puedan explorar y expresar todos los sentimientos que surgen al momento del diagnóstico, ante las opciones de tratamiento (posible mastectomía y efectos físicos de quimio y radioterapias) y el seguimiento posterior a éste.

1.9. Factores psicosociales asociados al cáncer de mama

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama suponen una situación estresante, ansiosa y depresiva, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad, los tratamientos y la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como los referidos a los cambios en su imagen corporal, a los sentimientos y a las actitudes que conlleva. Estas alteraciones influyen de forma negativa en la imagen que tienen de su cuerpo, además de producir trastornos afectivos y alteraciones en la sexualidad y la autoestima (Sebastián, Manos, Bueno & Mateos, 2007). Estos factores psicosociales se van transformando al mismo tiempo que la vivencia y la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente (Cantú & Álvarez, 2009).

De acuerdo con Haber et al. (2000) en el momento en que se sospeche un posible diagnóstico de cáncer se presentan pánico, sentimientos de culpabilidad y opresión. El pánico es una reacción común al diagnóstico de cáncer de mama. Si la paciente ha vivido la muerte de alguna persona cercana, como consecuencia de esta

enfermedad, se puede producir una identificación inmediata con esta experiencia próxima y una reaparición de las respuestas emocionales por la pérdida de esa persona. El sentimiento de culpabilidad es una reacción humana universal frente a los traumas y las pérdidas, una mujer diagnosticada con cáncer de mama puede estar preguntándose “¿cómo ha podido pasarme esto a mí?”, “¿qué es lo que lo ha provocado?”, o “¿cómo he podido provocarlo?”. Estos autores consideran que los familiares y personas cercanas al paciente pueden contribuir a que se presenten sentimientos de culpabilidad, al cuestionar sobre las decisiones que se han tomado en relación a la enfermedad y la vida cotidiana. Esto, podría estar relacionado con la teoría de Kübler-Ross (1969 como se citó en Miaja y Moral, 2013), quien menciona que las personas que se encuentran próximas a la muerte (enfermos terminales) transitan por cinco fases durante el duelo:

1.- *Negación*. Definida como la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación.

2.- *Ira*. Reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno que se percibe como sano o responsable de la enfermedad, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios. También incluye la ira u hostilidad dirigida hacia sí mismo al culparse de haberse provocado la enfermedad, pudiéndose incurrir en conductas de riesgo autodestructivas.

3.- *Pacto/negociación*. Forma de afrontar la culpa. No se perciben como culpables, sino comprometidos con la recuperación del paciente, por lo que éste les hace promesas para alcanzar metas terapéuticas, de supervivencia o desarrollo personal. Se abandona cualquier conducta autodestructiva y empieza a comprometerse con la recuperación.

4.- *Depresión*. Sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de entrega ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de ir a las citas médicas.

5.- *Aceptación*. Se define como el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia. A esta fase se alcanza tras realizar un balance de la pérdida y dar nuevos significados a la situación que se vive y no debe confundirse con una resignación ante la enfermedad o alcanzar un estado de felicidad.

Dichas etapas, permiten que los enfermos terminales o su familia pasen a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes durante el proceso de la enfermedad. Kübler-Ross (1969 como se citó en Miaja & Moral, 2013), observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban.

Esto sucede, debido a que en muchas ocasiones el diagnóstico y el tratamiento empiezan antes de que la mujer se sienta enferma y, por consiguiente, las pacientes tienen dificultades en adaptarse a lo que parece una enfermedad invisible. A menudo, cuando todavía no se presentan síntomas existe mucha confusión, ya que el organismo aún no ha detectado la enfermedad. Es difícil aceptar intervenciones y tratamientos lesivos en ausencia de indicios de la enfermedad (Haber et al., 2000).

Durante el tratamiento, algunos enfermos de cáncer sufren una ruptura abrupta de sus estilos de vida, al hacer cambios drásticos en alimentación, horarios, actividades, relaciones sexuales; presentan graves problemas emocionales y aparecen dificultades de adaptación a las nuevas situaciones. Después del tratamiento se presentan sensaciones de pérdida en distintos ámbitos, como la

pérdida o modificación del aspecto de la mama que puede cambiar la imagen corporal y su identidad (Haber et al., 2000). Asimismo, se ven alteradas sus relaciones de pareja y su sexualidad, la mujer soltera ve afectadas sus relaciones con nuevas parejas mientras que la mujer casada o que vive en pareja puede experimentar pérdidas con respecto a su compañero.

Aunado a lo anterior, al terminar los procedimientos médicos las pacientes dan cuenta de los cambios y las pérdidas que han sufrido a consecuencia de los tratamientos médicos, esto se debe a que durante ese proceso se pone especial énfasis en la supervivencia física y, una vez que se supera esa fase, la paciente está poco preparada para las reacciones psicológicas que se presentan. La adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. De acuerdo con Mate, Hollenstein y Gil (2004) es frecuente que los pacientes oncológicos presenten un trastorno adaptativo con ánimo depresivo, el cual muchas veces no es tratado ya que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad, o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no sólo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos.

Los cinco años siguientes después de haber concluido el tratamiento es probable que haya una recaída, es por ello que la mayoría de las mujeres permanecen expectantes durante este primer intervalo se sienten relativamente seguras cuando no se produce la recaída en este período. Aunque se toman los 5 años como punto de referencia para determinar “la curación”, es poco realista creer que transcurrido ya no se es vulnerable al cáncer de mama. La recaída puede dar lugar a varias reacciones. Lo más habitual es que durante el período post tratamiento la mujer haya actuado de la mejor manera para evitar la reaparición del cáncer, siguiendo una nueva dieta, un programa de ejercicios, desarrollando técnicas de relajación y autocontrol, obedeciendo las recomendaciones respecto a la medicación y los análisis médicos. Cuanto más crea que ha controlado estos comportamientos, más

vulnerable será a sentirse responsable cuando el cáncer reaparece. Esto conlleva pérdida de esperanza ya que la mujer puede pensar que la recaída indica la muerte inminente. Es posible que empiece a recluirse, pues considera que la recaída significa que el fin está próximo (Haber et al., 2000).

La respuesta psicológica a la recaída es similar a la de un diagnóstico inicial, la negación. Las pacientes suelen negarse a aceptar la reaparición de la enfermedad, retrasan el examen de la zona afectada o evitan la visita al cirujano para que practiquen una nueva biopsia del tumor. Esta forma de evadir el problema se asocia a la indefensión que sienten al ver frustradas sus esperanzas de vida y re descubrir el cáncer de mama. Cuando la negación se constituye en la respuesta principal, incluida una demora prolongada en verificar la nueva lesión, la mujer tiene más argumentos para sentirse responsable de la enfermedad. Esto puede propiciar depresión y desesperanza más intensa (Haber et al., 2000).

Debido a esto, se han investigado las diversas formas que las pacientes con cáncer de mama responden ante su enfermedad, lo cual se ha llamado científicamente como *Afrontamiento*. En el siguiente capítulo se abordará su definición, los modelos teóricos que la utilizan, las estrategias y los estilos de afrontamiento que existen y su relación con el cáncer de mama.

CAPÍTULO 2

AFRONTAMIENTO Y CÁNCER DE MAMA

2.1. Definición de afrontamiento

La palabra afrontamiento es la traducción al español del término “*coping*” utilizado ampliamente en estudios psicológicos relacionados al estrés y la respuesta que damos los seres humanos ante éste. En su etimología proviene del verbo activo-transitivo “afrontar” y del sufijo “miento” que indica *acción y efecto de*.

En términos generales, se define como el conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación. Desde la Psicología, el estudio del afrontamiento ha sido marcado por el debate entre distintas posturas que difieren en sus definiciones, modelos, formas de medición y niveles de complejidad.

Para Lazarus y Folkman (1991) el afrontamiento puede definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona. Es por ello, que esta variable ha sido considerada en los últimos años con la finalidad de poder tener un mejor entendimiento del proceso de adaptación ante una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia estresantes, como es el cáncer de mama. Estos autores hicieron hincapié en la importancia de ver las emociones y la cognición, no como factores independientes que afectan el afrontamiento, sino como variables interdependientes, con emociones que afectan la cognición y viceversa, lo que lleva a cambios en la forma de afrontamiento que, a su vez, puede alterar aún más el estado cognitivo y emocional del paciente:

“...la relación entre la emoción y el afrontamiento en encuentros estresantes es bidireccional, con cada uno afectando al otro. El flujo conductual comienza con una transacción que se evalúa como nocivo, beneficioso, amenazante o desafiante. El proceso de evaluación genera emoción. La evaluación y sus emociones asociadas influyen en los procesos de afrontamiento, que a su vez cambia la relación persona-entorno. La relación alterada persona-ambiente se vuelve a evaluar, y la reevaluación conduce a un cambio en la calidad e intensidad de la emoción” (Lazarus y Folkman 1988: 466–467)

Consideran que el afrontamiento puede tener como objetivo tanto la reducción de las emociones negativas como la mejora de las emociones positivas. Donde el afecto positivo expresa el grado de entusiasmo, estado de alerta y actividad del individuo, mientras que el afecto negativo se define por el nivel de angustia y estados de ánimo aversivos experimentados subjetivamente (Lazarus & Folkman, 1988 como se citó en Cordella & Poiani, 2014).

Por otro lado, Jorques (2015), menciona que ante situaciones estresantes se llevan a cabo diversas formas de actuar y de un modo diverso, según la capacidad de la persona para hacer frente. A estas acciones conductuales, cognitivas o emocionales tienen como finalidad la recuperación del equilibrio perdido en la transacción con el entorno. Estas estrategias están en continuo cambio para controlar demandas externas e internas, y dependen del grado de amenaza del contexto y de los recursos de la persona.

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para enfrentar situaciones difíciles. Llevando a cabo un proceso de esfuerzos dirigidos a controlar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, o tolerando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento se define como “aquellos procesos 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 & Folkman, 1986, pág. 164); siendo importante diferenciar las estrategias y los estilos de afrontamiento ya que las primeras son procesos menos estables y duraderos, que se presentan ante una situación estresante o amenazante, como lo es el cáncer de mama; en comparación con los estilos de afrontamiento que se caracterizan por ser permanentes en el individuo, debido a que han sido aprendidos y utilizados en diferentes situaciones de su vida (Zavala, Rivas, Andrade & Reidl, 2008).

2.2 Modelos teóricos del afrontamiento

A continuación, se presentan las aportaciones conceptuales de los modelos teóricos más relevantes del afrontamiento, los cuales fueron organizados con base en sus similitudes. Primero se muestra el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, seguido por Ray, Lindop y Gibson, y Taylor, estos modelos se caracterizan por teorizar sobre la presencia e importancia del afrontamiento de forma general y en cualquier tipo de población. Posteriormente se encuentra lo propuesto por Leventhal y Nerenz; Lipowski y Moos y Schaeffer, dichos autores hablan acerca del afrontamiento en el proceso de una enfermedad. Y, finalmente, se presenta la Teoría del Ajuste Psicológico al Cáncer de Greer y colaboradores, quienes hacen énfasis en el afrontamiento en el cáncer.

2.2.1 Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1984)

Jorques (2015) señala que muchos estudios sobre el afrontamiento se han basado en el marco teórico desarrollado por Lazarus y Folkman en 1984 sobre el estrés, donde el afrontamiento es un factor mediador entre el estresor y la adaptación física y psíquica del individuo, dentro de un modelo procesual. Estos autores consideran que, una vez valorada la situación como amenazante por exceder sus recursos o

desafiante, el individuo realiza una serie de acciones para controlar las demandas internas o externas con el fin de reducir o evitar el incremento del estrés y poder así recuperar el equilibrio previo hablando así, de un afrontamiento como mediador de la emoción.

Estas acciones o estrategias de afrontamiento, suponen un proceso dinámico por el cual la persona intenta manejar la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de los que dispone; valorando y poniendo en marcha una serie de acciones que no necesariamente están destinadas a resolver el problema, sino a reevaluar la situación, aceptarla, o escapar de ella. Tratándose por tanto de un proceso intencional flexible, y no de una reacción defensiva ante el estresor independientemente de los resultados que obtenga; tal como se muestra en la Figura 3.

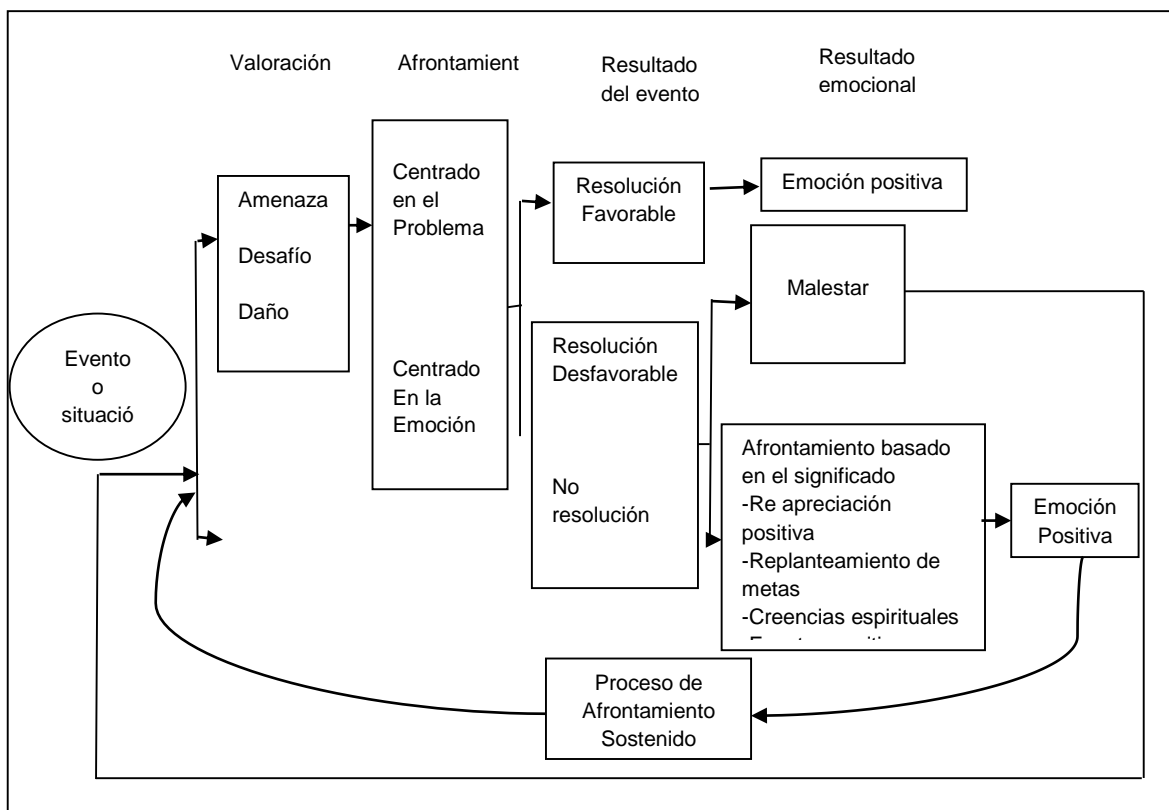


Figura 3. Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1997), actualizado por Holland (2002 como se citó en Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005)

Al no reaccionar todos los individuos de igual manera ante un mismo estresor, la valoración de la situación amenazante que la persona realice influirá en el tipo de afrontamiento que pondrá en marcha posteriormente. Cada estrategia de afrontamiento puede producir resultados positivos en un contexto, o en una persona en particular, pero no en otro. Lo que se sugiere es investigar las circunstancias particulares de estrategias de afrontamiento que producen resultados adaptativos o desadaptativos (Lazarus, 1993, como se citó en Zavala, et al. 2008).

Para ello, Lazarus y Folkman (1984), mencionan que existen dos tipos de valoraciones; las primarias que están influidas por las creencias y valores personales del paciente y las valoraciones secundarias, las cuales tienen que ver con el grado en que el individuo puede controlar o cambiar la situación generada por el cáncer. Lazarus y Folkman (1984) mencionan que la evaluación primaria puede ser de dos tipos: irrelevante, positiva o estresante, en el caso de percibir pérdida, amenaza o desafío; seguidamente de un segundo proceso cognitivo para valorar la disponibilidad de los recursos y habilidades necesarias para hacer frente a las demandas de la situación (evaluación secundaria) en donde, si la persona cuenta con los recursos necesarios para resolver la situación, reducirá la sensación aversiva, aumentando así sus expectativas para solucionarla e incluso adquiriendo carácter de desafío e influyendo por tanto en la valoración primaria.

Se dice que este proceso de valoración tiene por finalidad el cambio de la situación o la variación en la forma de percibirla, para conseguir un mayor ajuste a la situación de forma adaptativa y realista. De este modo el sujeto emprenderá determinadas acciones o estrategias asociadas a la posibilidad de modificar la situación, enfocadas bien a la emoción o bien al problema, alternándose a lo largo del proceso de interacción entre la persona y la situación estresante (Jorques, 2015).

2.2.2 Modelo de Ray, Lindop y Gibson (1982)

Para estos autores, el afrontamiento es cualquier acción dirigida a la solución o mitigación de una situación problemática. Consideran que el afrontamiento de los eventos vitales estresantes es un “esquema” aplicable a cualquier contexto. Aunque inicialmente se basan en el modelo de Lazarus y Folkman (1986), añaden algunos matices; considerando que la evaluación secundaria está comprendida en la primaria pues la percepción de control es un elemento de primer orden a la hora de determinar si una situación es evaluada como amenazante, una pérdida o un reto. Además, la evaluación primaria condiciona qué estrategias de afrontamiento pueden ser utilizadas. Por ello consideran que no tiene sentido abordar de forma separada los dos tipos de evaluación cognitiva, si no que sería más útil atender exclusivamente a la evaluación primaria. Debido a esto, plantean que toda evaluación cognitiva es afrontamiento, ya que, como el sujeto siempre parte de una situación anterior, toda evaluación es reevaluación en la que siempre hay sesgos personales.

Desarrollan un esquema de clasificación de las estrategias de afrontamiento en función de la “orientación o disposición general del individuo hacia la situación” a la que llaman “tema” de afrontamiento. Proponen seis “temas” de afrontamiento que incluyen estrategias que pueden ordenarse sobre dos dimensiones: su carácter defensivo (como opuesto al aproximativo o de reconocimiento de la amenaza) y el grado interno de control que implican (como opuesto al desamparo): rechazo, control, resignación, minimización, evitación, dependencia.

2.2.3 Modelo de Taylor (1983)

Taylor (1983 como se citó en Barboza & Pérez, 2013), considera que los esfuerzos para resolver una situación se apoyan en la habilidad del sujeto para formar y mantener conjuntos de ilusiones o creencias que le resultan válidos y que no tienen

por qué coincidir con la realidad, pero que le permiten mantener una sensación de control, una mayor autoestima y esperanza. De dichas ilusiones depende el funcionamiento mental adaptativo ante amenazas presentes y ante las que podrían esperarse en el futuro. Dichas ilusiones se basarían en cogniciones específicas que podrían cambiar sus significados de unas situaciones a otras. Para esta autora los esfuerzos de readaptación giran en torno a tres procesos:

1. Búsqueda de significado: Tendría que ver con un esfuerzo por comprender lo que ha sucedido: por qué ha pasado y cuál es su impacto (Taylor, 1983). En esta búsqueda habrá dos vías fundamentales para buscar significados:

- Búsqueda de atribuciones causales: Consiste en buscar el porqué de lo que ha sucedido. No importa el tipo de la atribución, sino el hecho de encontrar una explicación a lo sucedido. La cual estar relacionada con la necesidad comprender, predecir y controlar las situaciones estresantes.
- Dar un sentido a la nueva situación y a la propia vida: mediante la búsqueda de significado de la situación y de qué significado tiene dicha situación en una perspectiva más global de la propia vida. Puede suponer un cambio de valores y una reordenación de prioridades e incluso una ganancia de sentido de la vida o de cualidades personales (autoconocimiento, transformación positiva) a través de la situación de crisis. Si se construye un sentido positivo de la experiencia de padecer un cáncer por ejemplo, se produce una mejor adaptación psicológica al mismo, pudiéndose vivir como un catalizador de una transformación personal (Taylor, 1983).

2. Intento de recuperar el sentido de control sobre el evento y sobre la propia vida (pues dicha sensación se ve amenazada por las enfermedades graves): las creencias sobre la posibilidad de control personal o del médico suponen un mejor ajuste psicológico; sobre todo si se dan ambas creencias simultáneamente. Los

esfuerzos de control podían ser mentales (actitudes positivas, visualización), conductuales (dieta, dejar de fumar, ejercicio), participar en la toma de decisiones, búsqueda de información o tratar de confrontar los efectos secundarios de los tratamientos.

3. Restaurar la autoestima que se puede ver reducida por las situaciones amenazantes: para recuperarla, Taylor (1983) menciona que las enfermas usan la comparación con otras personas mediante una comparación sesgada, eligiendo las dimensiones en que se ven mejor o igual que las otras personas en la misma situación, para sentir que están enfrentándose a la situación igual o mejor que las demás personas con las que se comparan. Señalando que, para una buena adaptación, no importa el contenido específico de la atribución, ni el tipo de creencias o actividad en que basen la sensación de control, ni en que dimensión lleven a cabo la comparación social, sino que el hecho de que lleven a cabo los tres tipos de procesos es lo más importante para una buena adaptación.

2.2.4 Modelo de Leventhal y Nerenz (1987).

Es un modelo de emoción y adaptación que pretende describir cómo las personas, funcionan como agentes activos que interpretan y representan la información que reciben sobre las amenazas de salud, tanto externas como originadas por su propio cuerpo, también se puntualiza cómo el afrontamiento depende de la comprensión de tal información. En el modelo de Leventhal y Nerenz se concibe al individuo como un sistema regulador que intenta activamente alcanzar objetivos específicos, se considera como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos por etapas; una etapa de entrada, que representa el campo de estímulos y establece los objetivos; una salida o producción de respuesta, o etapa de afrontamiento, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de respuestas de afrontamiento y una etapa de supervisión que implica la atención a las consecuencias de la acción (Leventhal & Nerenz, 1987).

De acuerdo con Leventhal y Nerenz (1987) una de las características importantes de este modelo es la distinción que se realiza entre las características objetivas del medio y el procesamiento de reacciones emocionales ante los objetos, tales como el miedo o la ansiedad. Ambos sistemas funcionan a partir de la entrada de estímulos e interactúan el uno con el otro desde el momento de la recepción y continúan actuando en la interpretación, el afrontamiento y la supervisión. Es por ello estos sistemas reguladores son independientes e interactivos. Las características del modelo se describen en la Figura 4.

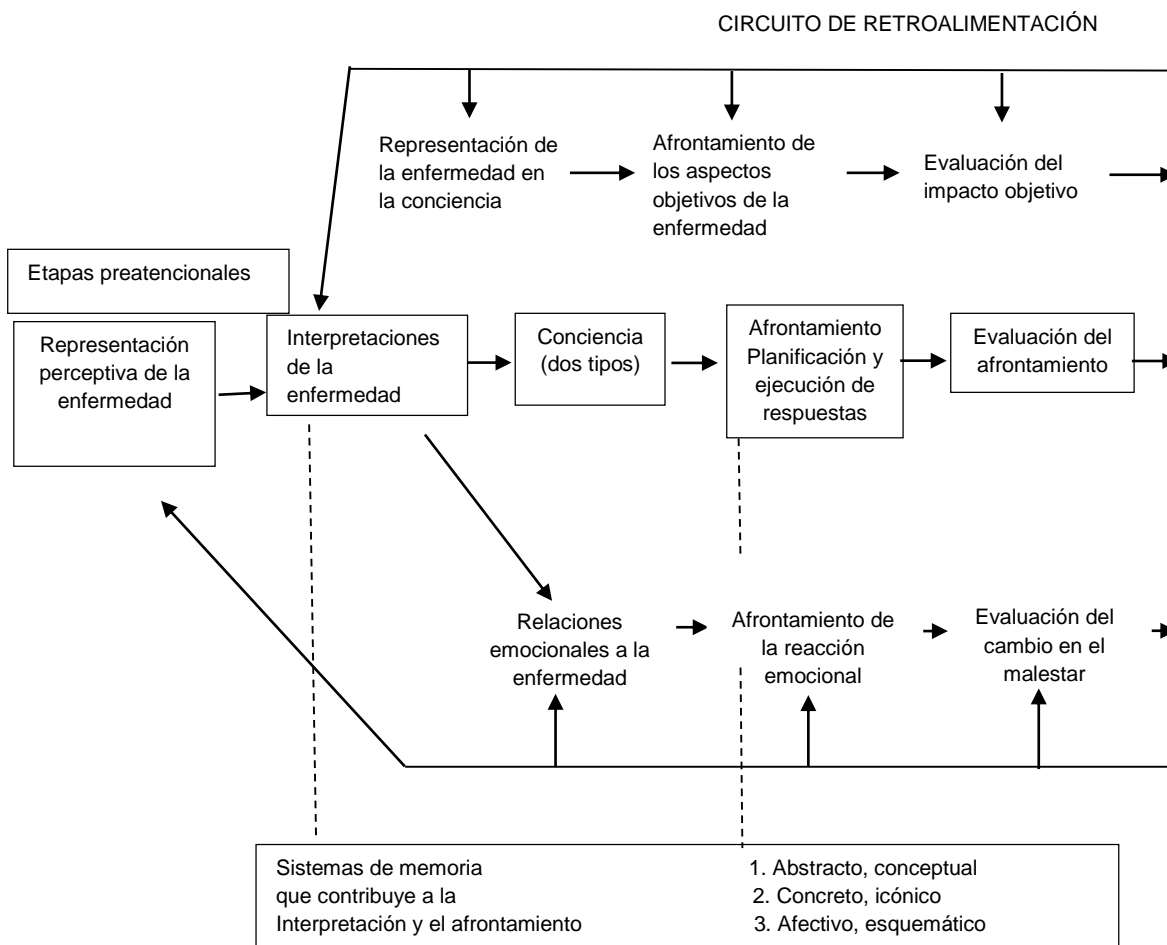


Figura 4. Modelo de respuesta a la enfermedad y el tratamiento de Leventhal y Nerenz (1987).

A continuación, se presentan las fases del procesamiento de acuerdo con este modelo.

1.- Etapa de entrada.

El primer paso en la respuesta a un estímulo implica el registro y representación del estímulo en el sistema perceptivo. La presencia de emociones inducidas por el estrés puede añadirse a la entrada, ya que el estrés parece intensificar sensaciones corporales (Leventhal & Nerenz, 1987).

Estudios han mostrado cómo los pacientes con cáncer de mama se dan cuenta de los síntomas y los interpretan. Para muchos pacientes un dolor que se “mueve” y es intermitente no es un signo de cáncer, en tanto que un dolor continuo y claramente localizado se interpreta como relacionado con un tumor. El paciente presta atención al síntoma y, sobre la base de reglas concretas de sentido común, y su concepción del cáncer, clasifica el síntoma como carente de importancia o como signo de peligro. Si el síntoma se interpreta como señal de cáncer, fácilmente encontraremos una vívida imaginación de amenaza, acompañada de fuertes reacciones emocionales. La representación perceptiva del individuo sobre su enfermedad dirige la planificación y la acción, es decir, dirige el afrontamiento. (Nerenz, Leventhal y Love, como se citó en Leventhal & Nerenz, 1987).

2.- Etapa de afrontamiento.

Los pacientes aprovechan una gran variedad de recursos para hacer frente a las demandas de las enfermedades graves; entre ellos resulta esencial su propia capacidad para generar respuestas de afrontamiento. Las personas que poseen una historia de autorregulación eficaz, que pueden diferenciar problemas y generar planes y actuar, probablemente desarrollarán estas estrategias para enfrentarse a las amenazas de la enfermedad (Leventhal & Nerenz, 1987).

La dinámica de la generación de las respuestas de afrontamiento no está clara, pero frases tales como “tener ideas sobre lo que podría hacer”, “saber lo que hay que hacer” o “intentar resolver las cosas” expresan el concepto de generación de respuestas.

De acuerdo con Leventhal y Nerenz (1987), los conocimientos y habilidades adquiridas en anteriores experiencias de afrontar la enfermedad proporcionan otra fuente para afrontar los nuevos episodios de la misma. Estos conocimientos y habilidades pueden incluir estrategias y pasos específicos para organizar rutinas de la familia o abordar las amenazas económicas y la organización del trabajo, además de pasos específicos y estrategias para someterse a tratamiento, controlar las reacciones emocionales y adaptarse a los efectos colaterales de la medicación.

El afrontamiento puede resumirse en tres puntos:

- El afrontamiento se basa en la interpretación de los síntomas.
- Los pacientes intentan afrontar las características objetivas del síntoma o la emoción producida por éste.
- La capacidad para generar estrategias eficaces de afrontamiento depende tanto de disposiciones tales como la autoestima o la autoeficacia, como de los modelos de éxito y apoyo social.

3.- Etapa de valoración.

La valoración es importante porque contribuye a determinar la estabilidad del proceso autorregulador, o sea, a determinar si el sistema es coherente y regulador, o incoherente y no regulador. Un sistema no regulador o inestable genera malestar psicológico y fisiológico, que se añade a la tensión total que sufre el organismo, e incrementa la carga de síntomas y la sensación de enfermedad (Leventhal & Nerenz, 1987).

Para realizar la valoración es de suma importancia establecer objetivos razonables ya que si éstos no son razonables condenan al individuo a pensar que sus esfuerzos no pueden alcanzar los resultados deseados. Por su parte, si un individuo establece criterios extremadamente sutiles para evaluar las reacciones presentes de afrontamiento, resultará que cualquier cambio detectable de su condición podrá ser interpretado como señal de mejoría o de amenaza.

De acuerdo con Leventhal y Nerenz (1987) el modelo que presentan no es estático, al respecto mencionan *“en ningún caso afirmamos que una interpretación única conduzca a una única respuesta de afrontamiento que se lleva a cabo una pocas veces, hasta alcanzar el resultado deseado”*. (p. 34).

2.2.5 Modelo de Lipowski (1970)

Para Lipowski (1970 como se citó en Jorques, 2015), el afrontamiento son todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su integridad física y psíquica, a modo de recuperar las funciones deterioradas de una forma reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Dicho autor pone énfasis en el estrés psicológico que provoca la enfermedad física, donde la persona tendrá que realizar un esfuerzo de adaptación, que si es efectivo conseguirá el crecimiento emocional y personal, pero si fracasa aumentará el nivel de malestar y estrés psicológico.

Señala que el afrontamiento de una enfermedad está condicionado a las variables como tipo y duración (crónica o aguda), localización, grado de reversibilidad, evolución; factores interpersonales como edad, personalidad, valores, creencias y fuentes de gratificación que van a determinar el significado que el paciente atribuye a la misma. Asimismo, repercute la cultura a la que pertenece, y factores ambientales principalmente de tipo social. Definiendo así, dos tipos de afrontamiento constituidos por diferentes estrategias: el estilo de afrontamiento

cognitivo (minimización y vigilancia) y el estilo de afrontamiento conductual (aproximación, capitulación y evitación). En este modelo las estrategias asociadas a un mejor resultado serán las vinculadas a la percepción de la enfermedad como un reto o valor, y peor resultado a la percepción de daño o pérdida.

Para Lipowski (1970), el significado subjetivo de la enfermedad estará relacionado directamente con las estrategias de afrontamiento que se desarrollan ante la misma; mencionando que los diferentes significados que puede tener la situación para el paciente son:

1. *Reto*: genera estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, flexibles y racionales como buscar ayuda médica, buscar información, etc.
2. *Amenaza*: genera reacciones de querer vencer a la situación y provoca sentimientos de ansiedad, miedo y/o ira que llevan a seguir luchando o a rendirse según evalúe su capacidad para resistir la situación (evaluación secundaria). Las estrategias de afrontamiento son para defenderse del supuesto ataque. Puede haber negación y proyección o sensación de desamparo que le lleve a rendirse; en el otro extremo puede haber una hostilidad flotante que puede llegar a adoptar un tinte paranoide. También puede caer en conductas compulsivas de huida, como el consumo de alcohol, trabajo o actividad sexual compulsivos.
3. *Castigo*: que puede percibirse como justo o injusto y conducir o no a la redención o expiación. Si lo percibe como injusto pueden aparecer sentimientos depresivos y de agravio. Si se considera justo se puede vivir con aceptación pasiva que puede relacionarse con un cambio personal positivo y optimismo.
4. *Debilidad*: percibe su situación como un fallo y como un signo de pérdida de control personal con implicaciones éticas negativas y sentimientos de culpa. Las

estrategias que puede seguir son de escape como negación u ocultación, o bien comportamiento para recuperarse pronto.

5. *Liberación*: de obligaciones o responsabilidades. Puede adoptar estrategias de fingimiento, conversivas, quejas hipocondríacas o uso excesivo de los recursos médicos para obtener ganancias secundarias.

6. *Estrategia*: para obtener atención y apoyo de los demás. Las estrategias que se usan están relacionadas con las del apartado anterior.

7. *Pérdida o daño irreparable*: que le puede conducir a la depresión, a la hostilidad y a la resistencia a colaborar. En casos extremos le puede llevar al suicidio. Es importante, a la hora de considerar el impacto de la pérdida, tener en cuenta el valor que le confería a lo que ha perdido.

8. *Valor*: consiste en percibir la situación como algo que puede ayudar a desarrollar la personalidad y al crecimiento personal. Para Lipowski (1970), es un modo superior de evaluar y afrontar la situación que resulta muy raro en la actualidad.

2.2.6 Modelo de Moos y Schaeffer (1984)

Moos y Schaeffer (1984 como se citó Jorques, 2015), presentan un modelo de evaluación y afrontamiento de la enfermedad física grave entendida como crisis vital, la cual dará lugar a una serie de tareas de adaptación generadoras de habilidades de afrontamiento. En este proceso de evaluación cognitiva y elección de estrategias también intervienen otros factores, como las variables personales y demográficas, ambientales y sociales, y las características propias de la enfermedad.

Describiendo las tareas de adaptación como:

- Manejo del dolor, la incapacitación y otros síntomas de la enfermedad.
- Manejo del tratamiento y del ambiente hospitalario.
- Relación adecuada con en el equipo médico y sanitario.
- Mantenimiento del equilibrio emocional adecuado.
- Mantenimiento del sentido de autocompetencia y dominio, y de la autoimagen.
- Mantenimiento de las relaciones familiares y sociales

Para este modelolas estrategias de afrontamiento se dividen en tres grupos:

- a) *Dirigido a la evaluación.* Con el fin de dar sentido a la crisis, se realiza un análisis lógico y preparación mental, redefinición cognitiva y evitación cognitiva o negación.
- b) *Dirigido al problema.* Búsqueda de información y apoyo, acción para solucionar el problema, identificación de recompensas alternativas.
- c) *Dirigidas a la emoción.* Regulación afectiva, descarga emocional y aceptación resignada). Los dos últimos grupos fueron posteriormente descritos por Lazarus y Folkman en 1991.

En el caso del cáncer, se considera que el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante la enfermedad; comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes, es decir, lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer (Watson y Greer, 1998). También se asocia a las demandas específicas o estresores de una situación dada del cáncer, como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación. El afrontamiento, como

se mencionó anteriormente, se refiere a los intentos por salvaguardarse, para reducir o asimilar una demanda existente (estresor) tanto como esfuerzo intrapsíquico (cognición) como también por acción (observable), considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se puede encontrar estrategias más estables o constantes que otras.

2.2.7 Teoría del Ajuste Psicológico al Cáncer de Greer y colaboradores (1979)

Este modelo está basado en el proceso psicológico que desarrolla el individuo al evaluar el diagnóstico del cáncer como una amenaza para su vida, produciéndose una serie de reacciones emocionales y comportamentales para conseguir el ajuste a la enfermedad. En función de la evaluación que el sujeto haga del diagnóstico, de los recursos de los que disponga, y de su percepción de control de la situación, desarrollará distintas estrategias de afrontamiento, que podrán variar o persistir a lo largo de las diferentes etapas del proceso de enfermedad (Jorques, 2015).

Estos autores postulan que, ante el diagnóstico, el paciente evalúa y tiene que dar respuesta a tres preguntas:

- a) “¿Hasta qué punto el diagnóstico es una amenaza?”
- b) “¿Qué puedo hacer?” “¿Puedo ejercer algún control?”
- c) “¿Cuál es el pronóstico y hasta qué punto es seguro?”

Estas tres preguntas forman parte de la *triada cognitiva del cáncer* al reflejar la visión del paciente de su diagnóstico, el control percibido y el pronóstico; y constituyen el esquema cognitivo de supervivencia al procesar la información relevante relacionada con la enfermedad. Según la respuesta que el paciente emita ante estas tres cuestiones, empleará diferentes modos de ajuste o afrontamiento a la enfermedad.

Los estilos de afrontamiento propuestos por estos autores son:

- *Espíritu de Lucha*: el paciente recibe el diagnóstico como un reto sobre el que puede ejercer algún control, dando una respuesta activa de afrontamiento por la cual éste se involucra en conductas que favorecen su adaptación a la enfermedad y participación en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, con actitud optimista sobre el pronóstico y aceptando el diagnóstico.
- *Evitación o negación*: el paciente rechaza el diagnóstico de cáncer o minimiza su seriedad, evitando así pensar en la enfermedad sobre la cual no se percibe la amenaza y por tanto no pone en marcha ningún mecanismo para hacerle frente.
- *Fatalismo o Aceptación estoica*: El paciente acepta el diagnóstico con resignación o actitud fatalista sintiendo que no puede ejercer ningún control sobre los acontecimientos; por lo cual no desarrolla ninguna estrategia de afrontamiento activo.
- *Preocupación ansiosa*: el sujeto percibe la enfermedad como una gran amenaza para su vida lo cual le produce un sentimiento constante de preocupación, ansiedad y falta de control sobre su pronóstico. Teme que cualquier malestar o dolor sea indicativo de diseminación o recurrencia del cáncer y busca verificarlo constantemente. Las estrategias de afrontamiento que emplea como la búsqueda de información compulsiva, lejos de permitirle una mejor adaptación, le lleva a incrementar su nivel de ansiedad.
- *Indefensión aprendida o desesperanza*: el paciente está hundido por el diagnóstico de cáncer, siente que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad por lo que adopta una actitud pesimista y desesperanzada. Esta

actitud puede incluso afectar a otras esferas de su vida en las que dejará de realizar actividades cotidianas.

Greer, Moorey y Watson (1989) concluyen que la aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza están significativamente relacionados con la obtención de peores resultados en la enfermedad. Debido a que el espíritu de lucha representa una postura activa en la cual el paciente acepta el diagnóstico, mantiene una actitud optimista y quiere participar en las decisiones médicas y luchar contra la enfermedad; mientras que la evitación/negación representa el rechazo del paciente ante el diagnóstico de cáncer, minimizando frecuentemente la gravedad del diagnóstico y evitando pensar en ello.

Por ello, en 1989 Moorey y Greer plantearon un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “esquema de supervivencia” (Figura 5), considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (¿Qué amenaza supone la enfermedad?), el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (¿Qué puede hacerse frente a ella? ¿Se puede controlar?) así como también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?).

Estos autores señalan que los pacientes con aceptación estoica asumen el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista y en la preocupación ansiosa los pacientes buscan frecuentemente que les tranquilicen ya que sienten una ansiedad constante por el cáncer y presentan una tendencia a interpretar el malestar físico como señal de que la enfermedad se está desarrollando.

	Espíritu de lucha	Evitación/ Negación	Fatalismo/ Evitación Estoica	Desamparo/ Desesperanza	Preocupación Ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Respuesta Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Figura 5. Esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989), su aplicación supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

Con lo anterior, y al hacer una valoración de las propuestas teóricas que explican al afrontamiento podemos reconocer que a pesar de que existan diferentes maneras de interpretar el término, todos los autores consideran a esta variable indispensable para el control de situaciones novedosas o amenazantes y que demandan un esfuerzo cognitivo y/o conductual. La elección de las estrategias que se ponen en marcha para hacer frente a una enfermedad crónica, afectará directamente en la capacidad de ajuste funcional y por tanto, en la calidad de vida del paciente.

2.3. Estilos y estrategias de afrontamiento: definición y clasificación

Los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento pueden parecer muy similares, sin embargo, se refieren a cosas diferentes. Los estilos de afrontamiento son aquellas estrategias más comunes, frecuentes y más a largo plazo que tiende a utilizar el individuo para lidiar con las distintas situaciones de la vida, lo cual está estrechamente relacionado con su disposición general y personalidad (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005). Por otro lado, las estrategias son pensamientos y comportamientos específicos y dinámicos que se presentan ante una situación amenazante. Podemos encontrar pacientes con un estilo de afrontamiento centrado en el problema, pero ante la amenaza del cáncer comportarse evitativa o ansiosamente.

Al respecto, se consideraron categorías para clasificar las estrategias de afrontamiento al cáncer. Estas categorías se validaron en pacientes con distintos tipos de cáncer a través del cuestionario de Adaptación Mental al Cáncer (MAC por sus siglas en inglés) por Greer, Moorey y Watson (1989), el cual, como se mencionó anteriormente, define cinco estrategias de afrontamiento principales: espíritu de lucha, evitación/negación, aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento, su uso suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Vázquez, Crespo y Ring (2000), señalan que las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que no se puede tener control favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones. Dichas estrategias son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad

para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Snyder, 1999).

2.3.1 Estrategias de resolución de problemas

La finalidad de estas estrategias, es poner en marcha acciones que permitan la resolución del problema o encontrar recursos para ello; normalmente cuando la persona siente que tiene cierto control sobre la situación, sobre la cual puede ejercer un cambio.

El afrontamiento centrado en el problema es el intento de cambiar la situación, e incluye estrategias como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, y planificación en la solución de problemas; incluye estrategias cognitivas como comparaciones optimistas, o conductuales como el intento de resolución de problemas, mientras que las estrategias de afrontamiento de evitación consisten fundamentalmente en la negación (cognitiva) y/o la conducta de retirada respecto al problema (Font & Cardoso, 2009).

Lazarus y Folkman (1986), mencionan que este tipo de afrontamiento se relaciona con el cambio de la problemática de la relación persona-ambiente mediante la actuación sobre el medio o sobre uno mismo. Señalan que las estrategias dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; debido a que están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación.

Sin embargo, mencionan que el afrontamiento dirigido al problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido a la resolución del problema se incluyen las estrategias que

hacen referencia al interior del sujeto. Éstas, a su vez, se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. El Afrontamiento Activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El Afrontamiento Demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (Lazarus & Folkman, 1986).

2.3.2 Estrategias de regulación emocional

Las estrategias de regulación emocional están dirigidas a controlar la repercusión emocional provocada por la situación estresante; para ello la persona desarrolla diferentes acciones: comportamentales, distractoras, sociales, o cognitivas como la reestructuración de la situación estresante o la negación de la misma; con el fin de modificar la interpretación de las emociones, seleccionando aspectos a los que presta más atención o bien alterando su significado. Este tipo de afrontamiento aparece cuando la persona se siente sin control sobre la situación amenazante (Font & Cardoso, 2009).

El afrontamiento centrado en la emoción implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, el escape-avoidance o la reevaluación positiva. El empleo de algunas de estas estrategias puede depender más del contexto, variando a través del tiempo y de las situaciones, como puede ser la búsqueda de apoyo social (problema y emoción) o la resolución de problemas. Otras sin embargo parecen tener mayor estabilidad como el autocontrol o la reevaluación positiva, por lo que se las asociado a determinados rasgos de personalidad.

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno

Lazarus y Folkman (1986), consideran que estas estrategias incluyen varias categorías:

1) *El apoyo social emocional*: el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.

2) *El apoyo en la religión*: es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.

3) *La reinterpretación positiva y crecimiento*: cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.

4) *La concentración y desahogo de las emociones*: significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar adecuado en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.

5) *La liberación cognitiva*: generalmente ocurre de forma previa a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.

6) *La negación*: implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa.

7) Por último se encuentra la *liberación hacia las drogas*: lo que implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor (Lazarus & Folkman, 1986).

Con respecto a estos dos tipos de estrategias de afrontamiento, Lazarus y Folkman en 1980, realizaron un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para controlar una situación estresante. La escala de Modos de Afrontamiento (1980, Ways of Coping, [WOC]), cubre al menos ocho estrategias diferentes; las dos primeras centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, y la última focalizada en ambas áreas:

1. *Confrontación*: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. *Planificación*: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. *Distanciamiento*: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. *Autocontrol*: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. *Aceptación de responsabilidad*: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. *Escape-evitación*: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p.ej., "Ojalá hubiese desaparecido esta situación") o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. *Reevaluación positiva*: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

8. *Búsqueda de apoyo social*: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Sin embargo, Font y Cardoso (2009) mencionan que otra taxonomía para diferenciar formas principales de afrontamiento ha consistido en distinguir entre afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo (activo, vigilancia, sensibilización, atención) y el afrontamiento centrado en la evitación (pasivo, retirada, evitación cognitiva). Estas dos formas de afrontamiento han sido consideradas inicialmente como extremos de una sola dimensión bipolar, y posteriormente como dos dimensiones unipolares independientes. No obstante, se menciona que en ambos casos el afrontamiento implica la orientación y la actividad de la persona en respuesta a un estresor, tal como lo dicen Lazarus y Folkman.

Debido a lo anterior, Font y Cardoso (2009) también consideran que el afrontamiento debería conceptualizarse como un proceso que abarca tanto factores personales duraderos como factores situacionales y variables precursoras de los esfuerzos de afrontamiento en situaciones concretas. Combinando el nivel o tipo de afrontamiento (cognitivo, conductual) y la morfología (enfocado al problema, evitación), dando como resultado cuatro categorías básicas de afrontamiento:

- a) *Enfoque cognitivo al problema*: las cuales son estrategias tales como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, el análisis lógico, la búsqueda de significado y/o la reevaluación positiva.
- b) *Enfoque conductual al problema*: donde se dan estrategias como la búsqueda de información, orientación y apoyo y se toman medidas concretas para tratar directamente con la situación.
- c) *Evitación cognitiva*: en la cual, se llevan a cabo las estrategias que reflejan la negación y/o la aceptación resignada de la situación.

- d) *Evitación de conducta*: en donde no se hace nada para solucionar el problema, y se utilizan sólo estrategias de descarga emocional, o se lleva a cabo la búsqueda de recompensas alternativas a la situación.

2.4. Estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

Jorques (2015), considera que en el área de oncología existe una gran variedad de tratamientos médicos para el diagnóstico del cáncer, así como una gran diversidad de pacientes según sus rasgos de personalidad, características sociales y demográficas, sin embargo, la experiencia estresante del diagnóstico, su tratamiento, los efectos secundarios que origina y la supervivencia pueden condicionar la adaptación y ajuste a las demandas de la enfermedad en el individuo.

Con respecto a esto, Font y Cardoso (2009) al evaluar las diferentes estrategias de afrontamiento que emplean las pacientes en un hospital, descubrieron que emplean varias estrategias simultáneamente y que difícilmente estas son totalmente excluyentes, pudiendo ocurrir que un paciente pueda considerar muchas veces hablar de la enfermedad con los familiares y, en ocasiones, ante las mismas personas, no comentar nada al respecto. Las reacciones emocionales más frecuentes son la resignación, el hablar de la enfermedad y no sentirse culpable ni pesimista ante la enfermedad. Esto también concuerda con lo encontrado por, Leyva, Solano, Labrador, Gallegos y Ochoa (2011), quienes, al querer conocer el nivel de adaptación y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, descubrieron que ponen en marcha diferentes estrategias de afrontamiento las cuales suelen variar en el tiempo según su propio proceso de adaptación.

Por otro lado, Endler y Parker (1990) encontraron que las diferencias en el empleo de las estrategias de afrontamiento dependerán del género, debido a que los hombres tienden a focalizarse más en el problema de afrontar la situación estresante, mientras que las mujeres se centran principalmente en la emoción.

En general se asume que el afrontamiento es un importante factor mediador en la relación entre acontecimientos estresantes y la adaptación física y psicológica de los pacientes con cáncer de mama. De los cinco estilos de afrontamiento sugeridos por Watson y cols. (1988 como se citó en Jorques, 2015), la preocupación ansiosa, el fatalismo y desesperanza han sido relacionados positivamente con ansiedad y depresión. Sin embargo, estos estilos no permanecen estables durante el transcurso de la enfermedad, sino que cambian; en ocasiones, disminuye la intensidad de la preocupación ansiosa, el espíritu de lucha y el fatalismo en los tres meses siguientes al diagnóstico. Con respecto a lo anterior, Heim, Augistiny, Schaffner y Valach (1993), mencionan que, en cuanto al uso de las estrategias de afrontamiento a lo largo de la enfermedad parece que existen evidencias a favor al momento de saberse con cáncer. Se considera que al inicio de la enfermedad se suelen emplear más estrategias de afrontamiento que al final de la misma, siendo distintas el tipo de estrategias que se emplean en las diferentes fases. Estos autores resumen el empleo de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad cancerosa como se observa en la Figura 6.

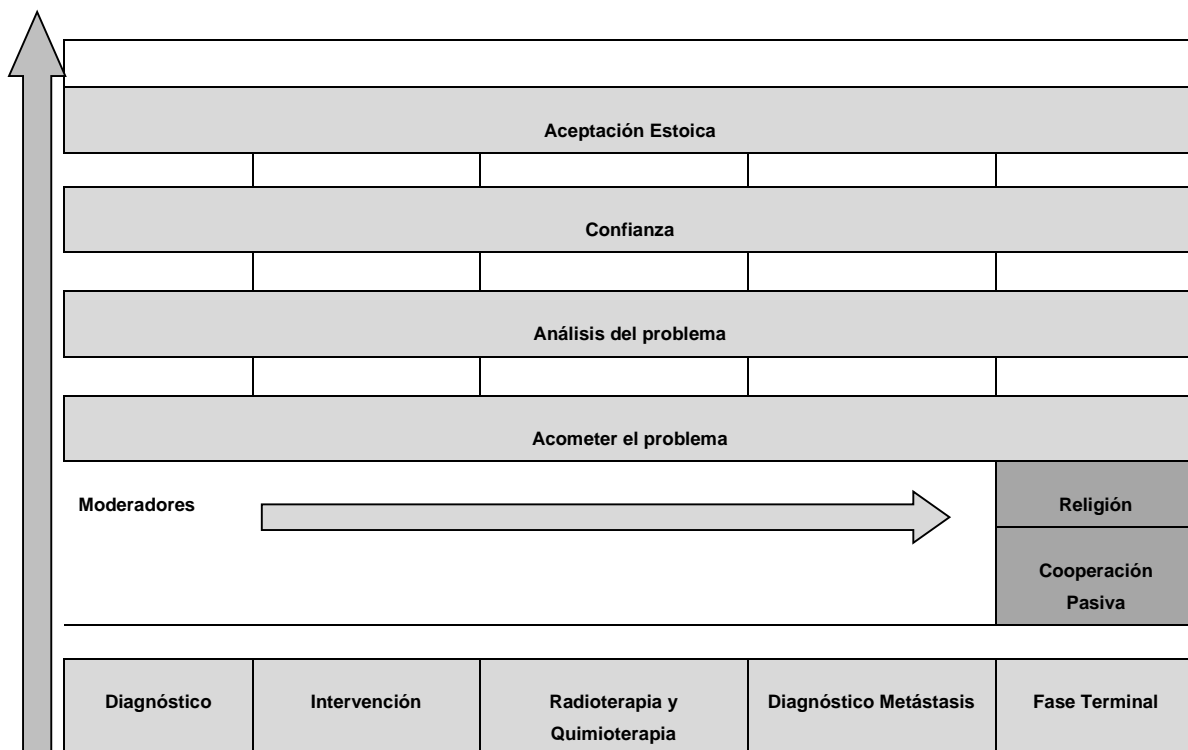


Figura 6. Resumen del empleo de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad cancerosa de Heim et al. (1993).

Soriano (2002), asume que el afrontamiento, además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo, intermediario y también como un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial como se observa en la Figura 7. Menciona, que el aspecto preventivo afecta al impacto emocional sufrido, donde la negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de paz mental. En el presente inmediato un paciente represivo no tendrá que afrontar las emociones displacenteras. Sin embargo, otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles.

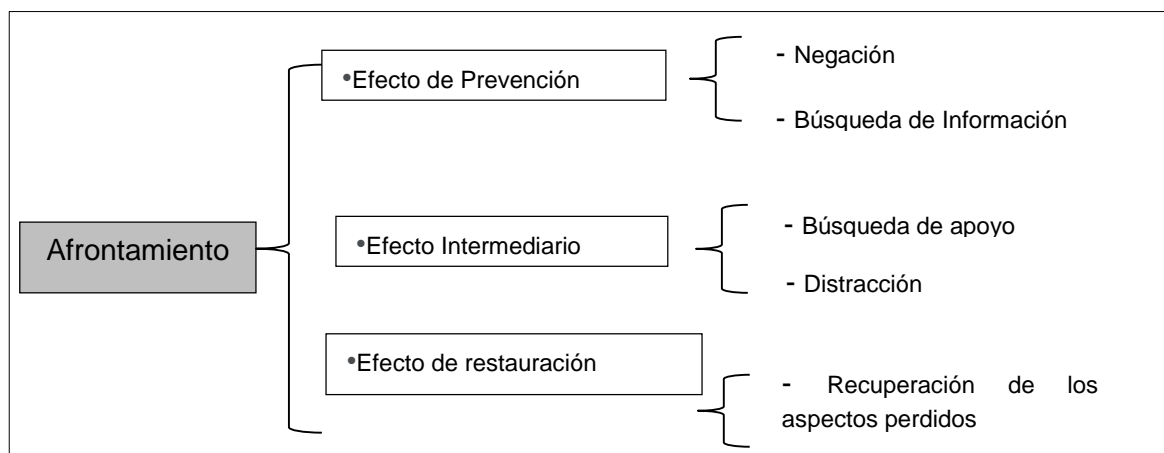


Figura 7. Funciones del afrontamiento por Soriano (2002).

Por otro lado, el aspecto intermediario (buffering) es probablemente el más importante; debido a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio, logrando que su influencia posterior se encuentre compensada. Nuevamente la búsqueda de atención (ej. por el otro miembro de la pareja) reducirá la amenaza de un futuro incierto; la capacidad para distraer la atención de los efectos asociados a la quimioterapia aportará un alivio considerable, permitiendo retomar el control de la situación abordándola desde un punto de vista racional. El afrontamiento también resulta importante en cuanto a la obtención del equilibrio; desde un punto de vista a

largo plazo, ya que, permite al individuo recuperar lo perdido, bien sea intrapsíquico, de relaciones sociales o de obligaciones del entorno familiar o próximo.

Por ello, se considera importante que las pacientes con cáncer de mama cuenten con redes de apoyo, debido a que, esta ayuda resulta ser funcional en la medida que auxilia en la adaptación y recuperación de los pacientes, tal como se explicará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

APOYO SOCIAL Y CÁNCER DE MAMA

3.1. Definición de apoyo social

El apoyo social es un concepto multidimensional que ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas. Thoits (1982 como se citó en Alonso, Menéndez & González, 2013) lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

Algunos autores concuerdan en que el apoyo social se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y debe contemplar: el grado de integración social, el apoyo social percibido y el apoyo social provisto, esto es, la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales (Barra, 2004, Barrera, 1986; House, Umberson y Landis, 1988)

Castro, Campero y Hernández (1997) señalan que el apoyo social no es medible, pero hay conceptos relacionados que se pueden tomar en cuenta, tales como: el conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad, los actos específicos de ayuda, la valoración subjetiva del soporte respecto a la cantidad y contenido de los recursos disponibles y la percepción sobre la utilidad de buscar y encontrar soporte en una red social.

El apoyo social cumple diferentes funciones que podrían agruparse en tres categorías (Martín, Sánchez y Sierra, 2003):

1. *Función emocional*: relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad.

2. *Función informativa*: involucra recibir consejo y orientación.
3. *Función instrumental*: implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos.

Aunque las tres funciones son relevantes para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo emocional es el más importante, en especial en el contexto de las enfermedades graves y en particular en el cáncer (Trunzo y Pinto, 2003).

Se ha demostrado que el apoyo social tiene influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la búsqueda de ayuda, la progresión de la enfermedad, la disminución de los efectos estresores, el ajuste y la recuperación del padecimiento y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir complicaciones, tal como la adherencia a los tratamientos médicos. Asimismo, le favorece al individuo a tener mayor flexibilidad cognitiva y mejor desempeño en los roles necesarios para afrontar el estrés (Barra, 2004). Para Barra (2004) el apoyo social se puede concebir y evaluar cualitativa y cuantitativamente (Tabla 4).

Tabla 4

Perspectivas de apoyo social

Perspectiva cuantitativa	Perspectiva cualitativa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cantidad de vínculos en la red social del individuo ▪ Características de la red social en términos de sus dimensiones estructurales y funcionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad de vínculos en la red social del individuo, privilegia la existencia de relaciones cercanas y significantes. ▪ Evaluación subjetiva del individuo respecto de la adecuación del apoyo proporcionado

Nota: adaptado de Barra (2004) "Apoyo social, estrés y salud". Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>

El apoyo social crea un sentimiento de bienestar y de seguridad que puede ser especialmente importante en momentos de estrés. Sus efectos benéficos pueden operar durante las fases de valoración y de afrontamiento del proceso de estrés, por ejemplo, los amigos pueden ayudar a evaluar si un determinado evento tiene un carácter realmente amenazante para el individuo y pueden contribuir a proporcionar estrategias para afrontar el desafío o la amenaza que representa el evento (Barra, 2004).

El Instituto Nacional de las Mujeres ([INMUJERES], 2015) en un boletín titulado “Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México” publicado en el 2015 demuestra que un alto porcentaje de la población mexicana considera difícil o imposible conseguir ayuda para satisfacer necesidades inmediatas y personales como la atención en caso de enfermedad, acompañamiento al doctor, o cuidado de niños. Esta percepción es mayor entre las mujeres de entre 30 y 59 años (47.7%), seguidas de las adultas mayores (44.0%). Lo anterior es importante ya que una apreciación negativa puede influir en la forma de ver y afrontar la enfermedad, además es un llamado de atención ya que la incidencia de enfermedades crónico degenerativas aumenta, por lo que todos somos propensos a tener algún padecimiento de este tipo.

3.1.1. Apoyo informativo

Contar con información sobre la enfermedad, tratamientos médicos y psicológicos es un elemento clave para afrontar el padecimiento. El apoyo informativo permite definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento y orientación (Martín, Sánchez y Sierra, 2003), ayudando al paciente a comprender mejor la información médica. Está dirigido a resolver o solucionar la situación vivida por el sujeto. En entornos de atención médica es proporcionado la mayoría de las ocasiones por profesionales de la salud (Terol, 1999).

Olivares (1996) afirma que cuando se ofrece información a los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento, la calidad del cuidado del paciente aumenta. De este modo, la información puede influir en la aceptación del diagnóstico, aumento de la confianza médico-paciente y satisfacción con los tratamientos médicos, seguimiento de las prescripciones médicas y en la reducción de los índices físicos y psicológicos de estrés.

3.1.2. Apoyo financiero/económico

De acuerdo con Guzmán y Huenchuan (2003) el apoyo material incluye tanto recursos monetarios como no monetarios. Monetarios como dinero en efectivo, remesas, regalos, y no monetarios como comida, ropa o pago de servicios. Se ha considerado que, a largo plazo, en enfermedades crónicas, este apoyo puede ser más importante (Olivares, 1996).

3.1.3. Apoyo emocional

Para Guzmán y Huenchuan (2003) los apoyos emocionales proveen al individuo de estima, afecto, confianza y seguridad, que ayudan directamente al paciente a sobrellevar la angustia, lo cual incluye cariño, confianza, empatía y, a su vez, está vinculado con el confort, el cuidado y la intimidad. Lo anterior puede manifestarse mediante visitas periódicas o manifestaciones físicas de afecto.

El apoyo emocional es de suma importancia en pacientes con enfermedades crónicas ya que no sólo experimentan malestar físico sino también emocional, en particular, las mujeres con cáncer de mama suelen presentar sentimientos de soledad y aislamiento. El apoyo emocional de familiares y amigos puede contribuir significativamente al ajuste del padecimiento y se ha asociado con mayor supervivencia (Rodríguez, Pastor & López, 1993).

3.1.4. Apoyo instrumental

Constituye la asistencia tangible y material en la solución del problema. Se proporciona a través de ayuda práctica y concreta, como por ejemplo proporcionar alimento, vestimenta o vivienda, ayuda con transporte, labores del hogar, cuidado, y acompañamiento (Arriagada, 2012).

3.1.5. Apoyo valorativo

El apoyo social valorativo representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien y sentirse acompañado socialmente. Hay estudios que sugieren que el apoyo derivado de grupos de afiliación protege la salud. Los nuevos contactos sociales por afiliación son una necesidad y son particularmente importantes cuando los recursos previos de apoyo social de un individuo se reducen. Los miembros del grupo aportan intercambio de información, obtención de recursos y reducción del sentimiento de aislamiento (Olivares, 1996).

3.2. Redes de apoyo social

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios que pueden emplearse para hacer frente a diversas situaciones de riesgo, como falta de dinero o empleo, cuidado de niños o personas adultas mayores o para el apoyo en caso de una enfermedad (INMUJERES, 2015).

Al hablar de redes de apoyo nos referimos a aquellas relaciones en las que se establecen lazos para brindar soporte en caso de crisis o necesidad; se crean a través del contacto sistemático, proporcionando apoyo material, emocional y afectivo; algunas personas son más cercanas que otras y proporcionan un apoyo informal, y otras proveen de un apoyo formal, como profesionales de la salud. Las

relaciones pueden ser ambiguas, como fuentes de apoyo en algún momento y como fuente de tensión en otros (Cordella y Poiani, 2014). Los miembros de estas redes participan y contribuyen a conformar actitudes y conductas relacionadas con la salud y el bienestar de las personas. Se ha reconocido que son diferentes para mujeres y hombres y que difieren de acuerdo con el estrato socioeconómico (INMUJERES, 2015).

La compañía, la intimidad, el sentido de pertenencia, la seguridad del valor de uno como persona y los lazos de apoyo pueden mejorar el bienestar y la salud, independientemente de los niveles de estrés que la persona experimente (Berkman y Glass, 2000). De acuerdo con Cordella y Poiani (2014) las relaciones sociales pueden afectar la regulación inmune del enfermo debido a la liberación de corticosteroides. Turner, Sephton, Koopman, Blake y Spiegel (2000) estudiaron los efectos del apoyo social en los niveles de cortisol salival en 103 pacientes con carcinoma de mama metastásico. Cabe mencionar que el cortisol se libera bajo estrés y puede afectar negativamente la actividad inmune. Los niveles de cortisol detectados a partir de muestras de saliva disminuyeron a medida que mejoraba el apoyo social y, a su vez, el afrontamiento a la enfermedad; por lo tanto, se logró un mejor afrontamiento a través de un mejor sentido de pertenencia y un apoyo social tangible. El contar con recursos tanto individuales como comunitarios aumenta la probabilidad de que los estresores sean manejados o hechos frente de tal forma que reduzcan las consecuencias adversas para la salud a corto y largo plazo. Por lo tanto, podemos decir que existe una estrecha relación entre las redes y el apoyo social en salud.

3.2.1. Redes de apoyo formales

Los miembros de las redes de apoyo formales desarrollan roles concretos basados en una organización estructurada, considera objetivos específicos en áreas determinadas. Requieren contar con la preparación adecuada para ello. Las redes

formales son parte del personal de la salud como enfermeras, médicos o psicólogos y pueden ser de un centro de salud, instituciones públicas o privadas que brindan servicios (Fernández & Robles, 2008).

3.2.2. Redes de apoyo informales

Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones de pareja, familiares, comunitarias y las amistades, y reúnen un componente afectivo esencial. La pareja o conyugue es una red informal que provee de apoyo muy importante para las pacientes. En los estudios sobre el efecto de la pareja para lidiar con el cáncer demuestran que el apoyo proviene de la certeza de que la persona está ahí, ayudando de manera proactiva, más que por el simple hecho de tener una pareja (Gilbar, Steiners & Atad, 1995). Cuando el apoyo social percibido proporcionado por un compañero es significativo, se pueden observar efectos en el bienestar de los pacientes con cáncer e incluso en su probabilidad de supervivencia. En cambio, si la pareja no es comprensiva o es indiferente, puede empeorar la situación. En un estudio realizado en Noruega por Kravdal (2013, como se citó en Cordella & Poiani, 2014) informó que la mortalidad por cáncer es mayor en hombres y mujeres que nunca se han casado, enviudado y divorciado, en comparación con los casados.

Asimismo, Baider y Bengel (2001 como se citó en Cordella & Poiani, 2014) enfatizaron la importancia de un compañero para el bienestar del paciente, señalando que cuando el paciente expresa abierta y francamente al compañero sus preocupaciones permite ayudarlo a tener el apoyo social requerido para un mejor afrontamiento. Las respuestas de apoyo de la pareja pueden incluir la crianza, la aceptación y el humor.

La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo en donde se satisfacen necesidades básicas de comunicación e intimidad. Todos los miembros de la familia pueden ser una fuente importante de ayuda para el paciente durante el

proceso de adaptación y afrontamiento, sin embargo, cuando la familia es menos cohesionada y funcional, en realidad podría ser una fuente de mayor angustia para el paciente en lugar de ayudar (Edwards & Clarke, 2004).

De acuerdo con Cordella y Poiani (2014), generalmente las familias son capaces de lidiar razonablemente con el cáncer de uno de sus miembros, sin embargo, este no es siempre el caso, especialmente en circunstancias cuando el paciente con cáncer muere, algunos miembros de la familia pueden sufrir problemas de salud mental que pueden persistir a largo plazo. Particularmente las madres tienden a tener grandes dificultades para hacer frente a la pérdida de un niño por cáncer.

Gotcher (1993) estudió a 45 mujeres con cáncer de mama y 55 hombres con cáncer de próstata. Se realizó una entrevista durante 30 minutos sobre la comunicación dentro de su familia. También se administró el instrumento de comunicación entre paciente y familia. Un mejor ajuste al cáncer se asoció positivamente con una mejor calidad de comunicación entre el paciente y su familia. Desde la perspectiva del paciente, el apoyo emocional fue un beneficio importante de la buena comunicación con la familia, siendo una ayuda importante para reducir la angustia psicológica.

Las amistades y otros miembros del entorno social fuera de la familia como los vecinos también son una fuente de apoyo adicional, estas relaciones se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas (Fernández & Robles, 2008). De acuerdo con Cordella y Poiani (2014) el apoyo social recibido de personas ajenas a la familia puede ser de gran ayuda para disminuir la angustia. En un estudio realizado en Estados Unidos con 81 pacientes ambulatorios de una clínica de mama oncológica, Friedman et al. (2006) encontraron que el apoyo social, que también incluía amigos, se asoció con un mayor bienestar emocional, funcional y social en los pacientes, y se correlacionó negativamente con la angustia específica del cáncer.

Por lo tanto, más allá de la familia, también hay amigos y otros miembros del medio social del paciente con cáncer que pueden contribuir a lidiar con el apoyo social. Tal apoyo social ayuda a disminuir la ansiedad y la depresión de los pacientes al tiempo que aumenta el bienestar emocional y funcional, la vitalidad, la salud mental general y una mayor probabilidad de una reintegración positiva a las actividades normales de la vida, como el trabajo (Cordella & Poiani, 2014).

La efectividad del soporte proporcionado puede depender de la fuente de éste, por ejemplo, la asistencia a largo plazo la proporcionan con mayor frecuencia los miembros de la familia; mientras que los vecinos y los amigos son propensos a proporcionar ayuda a corto plazo (Barra, 2004).

Barra (2004) menciona que para proporcionar apoyo no es necesario que exista una relación cercana entre el apoyado y el apoyador, él afirma que la calidad del acompañamiento y del soporte depende de la experiencia personal previa del apoyador, es decir, los individuos que reciben asistencia de otros que han vivido situaciones similares pueden sufrir menores consecuencias emocionales negativas o de salud, comparados con los que no la reciben.

3.3. Funcionalidad versus percepción de apoyo social

La percepción de apoyo social representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes proveen determinada ayuda en momentos de necesidad. Esto constituye para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, que proporcionan seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes (Martín, Sánchez & Sierra, 2003).

La funcionalidad del apoyo social, es decir, la apreciación subjetiva respecto a la ayuda recibida, dependerá en gran medida de la percepción que el individuo tenga acerca de ésta, es decir, si el paciente considera que sus relaciones de apoyo son

pocas, nulas o que las existentes son aversivas no tendrán un efecto positivo, sin embargo, si la percepción del apoyo social recibido es buena habrá buenos resultados en cuanto a su funcionalidad. De acuerdo con Barra (2004) la evidencia disponible ha demostrado que tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud.

3.4. Redes de apoyo social en pacientes con cáncer de mama

El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad y control que lo hace sentirse mejor y le permite percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar la enfermedad. La combinación de estos factores tendrá efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física (Barra, 2004).

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama interrumpen cada aspecto del bienestar emocional de una mujer, su vida familiar y profesional. Entre los recursos que ayudan a limitar esta interrupción está la percepción de apoyo social. Se ha demostrado que la disponibilidad percibida de apoyo se relaciona con menos angustia (Hermel, Pizzinato & Calderón, 2015).

El apoyo social es un recurso muy importante en los pacientes con cáncer ya que les permite afrontar el estrés que se asocia a la enfermedad y el tratamiento, permite mejorar el ajuste y el bienestar emocional y reducir el miedo a la recurrencia. Se han realizado diversos estudios que muestran la relación entre apoyo y el cáncer, uno de ellos es el realizado por Koopman, Hermanson, Diamond, Angell y Spiegel (1998) en cual se examinó la relación entre ajuste emocional en cáncer de mama avanzada, dolor, apoyo social y estrés. La primera muestra estuvo conformada por 102 mujeres con cáncer de mama metastásico. Se evaluaron tres tipos de apoyo social: 1) número de personas en el sistema de apoyo, 2) apoyo positivo y 3) apoyo

aversivo. En el Perfil del Estado de Ánimo (POMS), se encontraron interacciones significativas entre estrés de vida y apoyo social, encontrando más personas en el sistema de soporte del paciente asociado con menos alteración del humor. El contacto social aversivo se relacionó significativamente con la alteración total del estado de ánimo, y tener contacto ~~con~~ social aversivo se relacionó con la alteración del estado de ánimo total entre los pacientes que habían experimentado un mayor estrés de vida. Dolor intenso fue asociado con un mayor estrés de vida total, y no estaba relacionado significativamente con el apoyo social. Estos resultados fueron consistentes con la hipótesis de que el apoyo social puede proteger de los efectos del estrés previos de la vida en su ajuste emocional a mujeres con cáncer de mama metastásico, sin embargo, el apoyo aversivo puede ser una fuente adicional de estrés de vida asociado con angustia emocional.

Por otra parte, Northouse, Templin, Mood y Oberst (1998) realizaron un estudio con 50 mujeres con cáncer de mama y sus maridos. Se evaluó a las participantes 3 y 30 días después de haberles realizado la mastectomía. Los resultados demostraron relación entre el ajuste psicosocial y el apoyo social tanto en las pacientes como en sus esposos. A su vez, las pacientes y sus parejas que informaron niveles altos de apoyo social presentaron menos dificultades de ajuste después de la cirugía.

Rosemary, Lichtman, Shelley, Taylor y Joanne (2008) realizaron entrevistas con 78 pacientes con cáncer de mama para evaluar las percepciones de apoyo social después de un diagnóstico de cáncer. Los resultados indicaron que las relaciones cercanas de apoyo durante y después de un diagnóstico de cáncer se asocian con un ajuste positivo del paciente. Además, la evidencia sugiere que tres cuartos de los pacientes con cáncer informaron que sus relaciones, incluidas las relaciones con familiares y amigos, son cálidas y útiles después del diagnóstico de cáncer. Los restantes tenían al menos una relación conflictiva y experiencias de rechazo o retirada. La comunicación tensa era un problema común en este último grupo,

particularmente cuando la paciente se sentía ignorada por los que estaban cerca de ella, especialmente por su cónyuge.

Se ha sugerido que la relación entre apoyo y ajuste a la enfermedad sería interactiva, es decir, así como el apoyo puede producir mejor ajuste, también el grado de ajuste y bienestar emocional influyen en el grado de apoyo social que reciben los pacientes, especialmente de aquellos más cercanos (Brady & Helgeson, 1999).

De acuerdo con Hermel, Pizzinato y Calderón (2015) con el diagnóstico de cáncer llega un momento desesperado de necesidad de apoyo social. Para dichos autores el apoyo que comúnmente se otorga a los pacientes con cáncer es el emocional que incluye comunicación de compasión, cuidado y preocupación mientras que el apoyo instrumental es menos común.

Por lo anterior, podemos destacar el valor de los apoyos en individuos con enfermedades crónicas degenerativas, principalmente con cáncer de mama. El apoyo por parte de redes informales, primordialmente de la familia, es uno de los más comunes y significativos que se otorgan, sin embargo, no debemos restarles importancia a las redes de apoyo formales ya que de éstas dependerá en gran medida la apreciación o valoración del enfermo respecto a la enfermedad y las posibilidades de sobrevivir. Otro aspecto relevante es el soporte con calidad, por ello consideramos que el apoyo emocional es el más significativo, ya que, si éste se recibe, la persona evaluará de mejor manera el apoyo dado, sin embargo, ello no significa que los otros tipos de apoyo no sean necesarios.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer con mayor incidencia a nivel mundial. Esta enfermedad tiene efectos importantes a nivel físico, fisiológico y psicológico en las pacientes que lo padecen; por ello se consideran múltiples factores que influyen en gran medida para que la paciente pueda o no sobrellevarla. Someterse a retos como la detección, el déficit de información, la hospitalización, intervenciones quirúrgicas y tratamientos que provocan malestar físico intenso, resultan en dificultades psicológicas que requieren de estrategias de afrontamiento funcionales y de adecuadas redes de apoyo social que generen efectos positivos en las pacientes y no redes que favorezcan la presencia de mayor estrés y ansiedad de la que ya tienen debido a la enfermedad.

A lo largo de la presente investigación se logró conceptualizar a las estrategias de afrontamiento como una variable fundamental que nos permite controlar situaciones estresantes de la vida cotidiana. Por ello consideramos que dichas estrategias permiten la emisión de respuestas eficaces en momentos estresantes o críticos, tal cual ocurre cuando se padece cáncer de mama o cualquier otro tipo de enfermedad crónica. Si las estrategias de afrontamiento son empleadas de manera funcional resultan ser un método de prevención e intervención basado en la identificación y el trabajo personal. Con dichos recursos se esperaría disminuir el uso de estrategias tales como la negación, el fatalismo, la preocupación ansiosa y la desesperanza; y aumentar estrategias que ayudan de manera positiva a sobrellevar la situación estresante, tales como el espíritu de lucha, la planificación positiva y la búsqueda de apoyo social.

Tal como se revisó en el capítulo dos, existen diversas teorías de afrontamiento y cada una propone diferentes hipótesis; sin embargo, todas concuerdan en que las estrategias de afrontamiento se pueden definir como aquellas actividades cognitivas y motoras que la paciente emplea para adaptarse a la enfermedad. Asimismo,

coinciden en que la evaluación cognitiva de la situación y la posterior elección de estrategias de afrontamiento dependerá de factores personales como edad o sexo, así como también tendrá gran influencia las características propias de la enfermedad tales como el tipo de padecimiento y el estadio en el que la paciente se encuentre.

Un aspecto a considerar es la distinción entre el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. Tal como vimos en los capítulos anteriores, el primero hace referencia a los intentos de cambiar la situación, buscando la resolución de la misma, mientras que el segundo está dirigido a controlar la repercusión emocional provocada por la enfermedad. Si bien, ambos son necesarios, la elección que haga la paciente con cáncer dependerá no sólo del curso natural de la enfermedad sino de su historia de aprendizaje y sus redes de apoyo social. Es necesario tener en cuenta que cada persona es diferente y, a pesar de que los estudios nos demuestran que el sexo, la edad y el estado socioeconómico influyen para que un grupo de personas respondan de manera similar, no debemos olvidar que cada sujeto es particular respecto a pensamientos, conductas y sentimientos, lo cual influirá en cómo comprende e interpreta las situaciones estresantes (Font y Cardoso, 2009). Es por ello que no podemos decir que un tipo de afrontamiento es mejor o peor que otro, ni mucho menos que alguien está pre dispuesto a alguno en específico, sino que esto dependerá de cada individuo, de su forma de pensar, actuar y el papel activo que tome en este proceso, así como también del estadio de la enfermedad en la que se encuentre.

El apoyo social está estrechamente relacionado con las estrategias de afrontamiento. Cuando la persona considera que cuenta con redes de apoyo que le brindarán soporte tanto físico, económico y emocional, permite que el individuo sobrelleve el evento estresante o la enfermedad, siendo de suma importancia la calidad del apoyo, ya que ésta influye en gran medida en los efectos positivos que pueden generar en los pacientes, teniendo mayor peso la valoración positiva en comparación con la cantidad de individuos en la red social (Brady & Helgeson,

1999), por ello consideramos importante la presencia física y emocional de las personas que conforman las redes de apoyo del paciente, para que así, ésta valore la ayuda de manera positiva, al favorecer la adaptación a la enfermedad y no generando mayor angustia o estrés.

A pesar de que todos los tipos de apoyo son necesarios, consideramos que los de mayor relevancia son el instrumental y el emocional siendo el último uno de los más significativos ya que provee al individuo de estima, afecto, confianza y seguridad lo cual permitirá que el paciente se adapte y acepte la enfermedad. Por otro lado, el apoyo instrumental también es fundamental al ser la asistencia tangible y material en la solución del problema, a través de éste se proporciona acompañamiento a las consultas médicas y a las sesiones de quimioterapia, compra de medicamentos y ayuda para tomarlos, acompañamiento en las reacciones secundarias como vómitos y mareos, así como también se provee de alimento, vestimenta o vivienda, ayuda con transporte, labores del hogar, cuidado, y acompañamiento (Arriagada, 2012). No podemos dejar de lado el apoyo informativo ya que contar con la información adecuada sobre el padecimiento, los tratamientos y los efectos de éstos, permite evitar expectativas erróneas, ya sean positivas o negativas, al tener un panorama claro y amplio sobre la enfermedad.

Debemos considerar que las redes de apoyo formales están conformadas principalmente por doctores, enfermeras y psicólogos especializados en la enfermedad, quienes están a cargo de las cuestiones físicas y fisiológicas, así como también brindan apoyo informativo. Por su parte, las redes de apoyo informales conformadas por la familia, la pareja y los amigos proveen de apoyo emocional, instrumental y económico. Por lo que el trabajo en conjunto se hace fundamental para que la paciente pueda adaptarse a la enfermedad y emplee estrategias de afrontamiento que le permitirán realizarlo. Por lo anterior consideramos relevante crear campañas y/o talleres, para instruir a quienes son las principales redes de apoyo de las y los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica, tal como

el cáncer de mama, para otorgar herramientas que les permitan identificar las estrategias de afrontamiento que les serán útiles para sobrellevar en el proceso de la enfermedad.

Sin embargo, consideramos que la participación activa de los pacientes en todo proceso psicológico es sumamente importante, pues el apoyo de familia y miembros de la comunidad no es suficiente en algunas ocasiones. El paciente como agente activo en el afrontamiento de la enfermedad, necesita apoyo e información que sólo un especialista puede proporcionar y es justo ahí donde el trabajo del psicólogo se hace notar.

A lo largo de la presente investigación encontramos gran cantidad de información acerca de las estrategias de afrontamiento y de las redes de apoyo, sin embargo, es interesante observar que muchas de las investigaciones realizadas respecto a este tema provengan de licenciados en enfermería. Si bien, la enfermería tiene un papel importante al mantener un contacto directo con el paciente, el trabajo realizado es totalmente diferente al de un psicólogo, debido a que la enfermería comprende aspectos físicos del cuidado, mientras que la psicología se encarga de los componentes cognitivos y conductuales de cada paciente. Por lo que se sugiere, llevar a cabo protocolos de investigación dentro del campo de la psicología, consideramos que, por medio de dichas intervenciones, se pueden modificar de las circunstancias particulares de los pacientes, su estilo de vida, estrategias de afrontamiento y así incrementar las redes de apoyo.

Por último, comprendimos que el proceso de una enfermedad crónica, tal como el cáncer de mama, es complejo y por esta razón consideramos que quienes forman parte de las redes de apoyo de la paciente deberían acompañarla desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la superación de la misma; esto con el objetivo de emplear correctamente de las estrategias de afrontamiento en cada fase de la enfermedad, para lograr una recuperación idónea y que al concluir el tratamiento

médico, la paciente retome sus actividades diarias, replantee sus planes de vida, implemente cambios conductuales saludables y sobrelleve los cambios provocados por los efectos secundarios.

REFERENCIAS

- Aliff, T. & Pfister, D. (2003). Síntomas y diagnóstico del cáncer. En Mark, H. (2003), *Nuevo Manual Merck de Información Médica General* (pp. 1239 - 1247), España: Océano.
- Alonso, A., Menéndez, M. & González, L. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*, 19. Recuperado de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- American Cancer Society (2014). Signos y síntomas del cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/senales-y-sintomas-del-cancer.html>
- American Cancer Society (2016). *Tipos de cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (2016). *Etapas del cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html>
- Arriagada, M. (2012). *Apoyo emocional, instrumental y material hacia el adulto mayor: una percepción desde los hijos*. (Tesis magisterial). Universidad del Bío-Bío, Chile. Recuperado de http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2021/1/Arriagada_Mellado_Makarena.pdf

- Barboza, S. & Pérez, V. (2013). Estilos de afrontamiento y sentido de vida en adolescentes con cáncer y adolescentes sanos. Maracaibo. Recuperado de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-13-06931.pdf>
- Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*;33(6). Recuperado de <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4). doi: 10.1007/BF00922627
- Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En Reynoso, L. y Becerra, A. (2014), *Medicina conductual: teoría y práctica*. México: Qartuppi.
- Brady, S. & Helgeson, V. (1999). Social support and adjustment to recurrence of breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(2). Recuperado de <https://experts.umn.edu/en/publications/social-support-and-adjustment-to-recurrence-of-breast-cancer>
- Brandan, M. & Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Cancerología*, 1. Recuperado de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1172289111.pdf>

- Breastcancer (2017). Factores de riesgo del cáncer de mama. Recuperado de http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/factores
- Canesqui, A. M. & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciencias sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000500002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Cantú, R. & Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y salud*, 19(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29111983002.pdf>
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_arttext&tlng=es
- Cordella, M. & Poiani, A. (2014). *Behavioural Oncology. Psychological, Communicate, and Social Dimensions*. Estados Unidos: Springer.
- Debonis, D. (2013). Cáncer de mama. *Separata*, 21(3). Recuperado de http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Separata%2039%20Cancer%20de%20mama_Layout%205.pdf
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, 13, 562–576. doi: 10.1002/pon.773

- Endler, N. & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2348372>
- Fernández, X. & Robles, A. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Redes de apoyo social. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
- Fernández, C., & Díaz, L. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 10(2). Recuperado de http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/223/262
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. & Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychological functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595–603. doi: 10.1002/pon.992
- Frenkel, E. (2003). Generalidades sobre el cáncer. En Mark, H. (2003), *Nuevo Manual Merck de Información Médica General* (pp. 1235 - 1239), España: Océano.
- Folkman S, & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3). Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2136617>

Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>

Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología. (2014). En Generalidades en Oncología. Recuperado de <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>

Gilbar, O., Steiners, M. & Atad, J. (1995). Adjustment of married couples and unmarried women to gynecological cancer. *Psycho-Oncology*, 4. doi: 10.1002/pon.2960040306

Gotcher, J. M. (1993). The effects of family communication on psychological adjustment of cancer patients. *Journal of Applied Communication Research*, 21, 176–188. doi: [10.1080/00909889309365365](https://doi.org/10.1080/00909889309365365)

Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200007

Granados, M. & Herrera, A. (2010). Manual de Oncología: Procedimientos Médico Quirúrgicos. 4ta ed. México: The Mc Graw - Hill.

Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breastcancer: effects on outcome. *Lancet*, 2(8146). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/90871>

- Greer, S., Moorey, S. & Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer. The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs. clinical rating. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-3.
- Guzmán, J. & Huenchuan, S. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL 9 al 12 de diciembre, Santiago de Chile. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmof
- Haber, S., Acuff, C., Ayers, L., Lerman, E., Goodheart, C., Kierffer, C., Lubin, L., Mikesell, S., Siegel, M., & Wainrib, B. (2000). Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, pp.52-57
- Heim, E., Augustiny, K., Schaffner, L. & Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situations. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 523-542.
- Hermel, J., Pizzinato, A. & Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de psicología*, 33(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337839590008.pdf>
- Hoffmann, F. S., Müller, M. C. & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36270207.pdf>
- House, J., Landis, K. & Umberson, D. (1988). Social Relationship and Health. *Science*, 241. Recuperado de

<https://search.proquest.com/openview/8f278e701a1471be367d9f7176f696e1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1256>

Instituto Nacional de las Mujeres (2015). *Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México*. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf

Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Estadificación del cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnosticoestadificacion/estadificacion>

Instituto Nacional del Cáncer (2015). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Cáncer de seno (mama). Versión para pacientes*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del... Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama (19 de octubre). Datos nacionales*. Recuperado el 14 de septiembre del 2017 de, http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf

Jorques, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71050771.pdf>

- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. and Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<101::AID-PON299>3.0.CO;2-3
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Leventhal, H. y Nerenz, D. (1987). Un modelo para la investigación del estrés con algunas implicaciones para el control de los desórdenes de estrés. En Meichenbaum, D. (1987), *Prevención y reducción del estrés* (pp. 17 – 43). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Leyva, Y., Solano, G., Labrador, L., Gallegos, M., & Ochoa, M. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista CUIDARTE*, 2(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178002>

- Lin, Y., Kikuchi, S., Tamakoshi, K., Wakai, K., Kondo, T., Niwa, Y., Yatsuya, H., Nishio, K., Suzuki, S., Tokudome, S., Yamamoto, A., Toyoshima, H., Mori M. & Tamakoshi, A. (2008). Active smoking, passive smoking and breast cancer risk: findings from the Japan Collaborative Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18403857>
- Martín, J., Sánchez, J. & Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21(1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052281>
- Mate, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254>
- Miaja, M. & Moral, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler Ross mediante las redes semánticas naturales. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 10, Núm. 1, pp. 109-130. Recuperado de https://factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf
- Moreno, L. & Ramírez, T. (1999). *Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/pd1999/279159/Index.html>
- Olivares, M. (1996). *Factores biopsicosociales de la enfermedad neoplásica mamaria*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4010001.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud de la mujer. Nota descriptiva N° 334*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Cáncer. Nota descriptiva N° 297*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Cáncer de mama: prevención y control. Carga de cáncer de mama*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Piccolini, J. & Allemand, C. (2012). *Cáncer de mama. Antes, durante y después*. Buenos Aires: Paidós.
- Ray C, Lindop J, Gibson S. (1982). The concept of coping. *Psychol Med*. 12(2):385-95. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7100361>
- Rodríguez, J., Pastor, M. & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>
- Romero, M., Santillán, L. Olvera, P., Morales, M. & Ramírez, V. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(11). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811f.pdf>

- Robles, S. & Galanis, E. (2002). El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12. doi:10.1590/S1020-49892002000800016
- Romieu I., Hernández M., Lazcano, E. & López, L. (1996). Breast cancer and lactation history in Mexican women. *American Journal of Epidemiology*, 143(6):543-552.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes de un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613878002>
- Snyder, C. R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, No. 75, 73-85. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Terol, M. (1999). *Apoyo social y salud en pacientes oncológicos*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, España. Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/689/7/TESIS%20TEROL-CANTERO-MC.pdf>
- Torres, L. & Vladislavovna, S. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072i.pdf>

- Trunzo, J. & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71. doi:10.1037/0022-006X.71.4.805
- Turner, J., Sephton, S., Koopman, C., Blake, J., & Spiegel, D. (2000). Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62. Recuperado de https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2000/05000/Social_Support_and_Salivary_Cortisol_in_Women_With.7.aspx
- Vázquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2003). Estrategias de afrontamiento. Medición clínica en psiquiatría y psicología; 31, pp. 425-35. Recuperado de http://www.psicosocial.net/index.php?option=com_docman&task=docclick&Itemid=5&bid=94&limitstart=0&limit=10
- Vinacci, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnósticos de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/805>
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P. y Reidl, L. (2008) Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 10(2). Recuperado de file:///C:/Users/edith_001.CYBER/Downloads/Zavala-estilos%20de%20enfrentamiento-Lazarus-CDMX.pdf