



**Universidad
Latina**

UNIVERSIDAD LATINA S.C.

**“Pacientes de cáncer de mama, estilos de
afrentamiento y adherencia al tratamiento”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ALIN PAOLA BONILLA CASTELAZO.

Matrícula: 3344-25

ASESOR:

DR. RENE ESTRADA CERVANTES.

CD. de México Abril 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.

A MIS MADRES.

Por el apoyo incondicional, valores que a lo largo de mi vida me han inculcado, la grandiosa oportunidad de brindarme una excelente educación a lo largo de mi vida, no sé qué sería de mí sin ustedes como equipo, las amo. A mi mamá Isis, por ser una mujer maravillosa que a pesar de las circunstancias me enseñaste a forjar un temperamento fuerte como el tuyo, el cual me ha dirigido por un camino a base de excelencia y constancia para lograr mis objetivos de la mejor manera. A mi mamá Esther, por ese apoyo incondicional que me has brindado desde el primer día de mi vida y demostrarme que no hay ni enfermedad ni problema que pueda contra una mujer buena, por ser esa persona noble a la cual le debo muchos de mis logros, por ser uno de los pilares más importantes en mi vida.

A MI HERMANITA.

Por ser la personita por la cual cada día busco ser mejor persona, por ser mi motor de vida y por enseñarme tanto a tu corta edad; Zoe quiero que sepas que te amo y que siempre estaré para ti flaquita.

A OSVALDO Y SANTIAGO.

Por ser parte importante en mi vida, por darme alegrías y amor en momentos buenos, pero sobre todo en los momentos malos, los quiero.

A MIS TÍOS.

A mi tía Daphne, por los consejos, su apoyo, las pláticas, el orgullo que muestras al presentarme ante las personas y la sonrisa que pone cada que la gente me comenta “te pareces a tu tía” gracias infinitas por existir y quererme tanto.

A mi tío René, por demostrarme que cuando nos proponemos conseguir lo que soñamos se puede lograr a base de trabajo, esfuerzo y perseverancia.

A mi tío Osvaldo, por jugar en ocasiones el papel de papá en mi vida aunque no sea tu obligación, por el apoyo ante algunos problemas que se me han presentado teniendo que dejar a un lado los tuyos, esos problemas que la vida te ha puesto y tú con el mejor ejemplo de superación los has sabido combatir.

A MI ABUELITA GLORIA.

Por confiar y creer en mí, por siempre estar presente en los momentos más felices e importantes a lo largo de mi vida. Te adoro mi viejita, nunca nos faltes por favor.

A DIOS.

Por permitirme vivir, ser mi luz, un gran apoyo, por guiarme día a día y formarme un camino acompañada de la mejor familia, por las alegrías, triunfos, pero sobre todo por darme a mí y a mi familia la fortaleza para seguir adelante en los momentos de mayor debilidad.

A MIS PROFESORES.

Por el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron con dedicación y profesionalismo.

A las personas que no menciono de manera individual, pero que fueron personas que se presentaron a lo largo de mi carrera y me extendieron una mano de apoyo sin pedir algo a cambio, gracias a esas personas que estuvieron conmigo dentro del instituto como donde laboro, pues así fue menos complicado el camino de estudiar y trabajar al mismo tiempo.

¡Gracias infinitas!

Hay un dicho tibetano, "La tragedia debe ser utilizada como una fuente de fortaleza". No importa qué tipo de dificultades pasemos, cómo de dolorosa es la experiencia, si perdemos nuestra esperanza, ese es nuestro verdadero desastre.

Dalai Lama.

CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
OBJETIVOS	8
<ul style="list-style-type: none">• Generales.• Particulares.	
JUSTIFICACIÓN	9
CAPITULO I. <u>EL CÁNCER Y LOS TIPOS DE CÁNCER</u>	10
1.1. Definición de cáncer	10
1.2. Cáncer en el Mundo	11
1.3. Cáncer en México	13
1.4. El cáncer de mama	14
1.4.1. Criterios diagnósticos y factores de riesgo	14
1.4.2. Tratamiento	17
1.5. La mama como identidad femenina	18
1.6. El cáncer de mama en México	19
1.7. Consecuencias sociales, familiares y psicológicas	20

CAPITULO II. <u>AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD</u>	24
2.1. Definición de afrontamiento	25
2.2. Estilo de afrontamiento según Lazarus	27
2.2.1. Planeación	27
2.2.2. Auto distracción	27
2.2.3. Humor	28
2.2.4. Reevaluación positiva	28
2.2.5. Uso de sustancias	29
2.2.6. Apoyo social	29
2.2.7. Apoyo espiritual, religioso y emocional	30
2.3. Escalas de afrontamiento	32
2.3.1. Escala de Lazarus	33
2.3.2. Escala COPE	34
2.3.3. La medición del apoyo social percibido	37
CAPITULO III. <u>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</u>	40
3.1. Concepto de adherencia al tratamiento	41
3.2. Escala para medir adherencia al tratamiento	42
3.3. Factores que impactan en la adherencia al tratamiento	45
3.3.1. Variables socio demográficas	48
3.3.2. Las creencias del paciente	49
3.3.3. El tipo de enfermedad	50
3.3.4. El tratamiento farmacológico	50
3.3.5. La relación que se establece entre el paciente y el médico	50
3.3.6. Formación que la paciente tiene en la adherencia al tratamiento	51
3.3.7. El apoyo social	52
3.3.8. Variables de la organización de los servicios de salud	54
3.3.9. Relaciones entre estilos de afrontamiento y adherencia al tratamiento	55

PROPUESTA	58
CONCLUSIONES	59
REFERENCIAS	60
ANEXOS	64

RESUMEN.

El cáncer de mama es una de las principales causas de muertes en las mujeres de México, por ello, es importante identificar los motivos que repercuten en la aceptación y afrontamiento de esta enfermedad, poniendo mayor énfasis en sus posibles soluciones ante pacientes que ya la poseen, a través de un procedimiento psicológico con diversas terapias y pruebas que permitan conocer cuáles son las prioridades, gustos, necesidades, creencias, etc., mismas que permitirán sobrellevar la enfermedad de manera correcta mediante el afrontamiento y su adherencia al tratamiento médico ya que en la mayoría de las ocasiones, las personas asocian el cáncer con la muerte.

Pruebas como la escala de Lazarus, escala COPE y escala de MOS, permiten evaluarlos diferentes modos en relación al afrontamiento que cada paciente tiene; en este sentido, la escala de Lazarus permite evaluar dicho afrontamiento de una manera estratégica, con 67 ítems en total, los cuales describen las formas en las que los pacientes actúan ante problemas, el tiempo de aplicación consiste en no más de 20 minutos, debiendo realizar la evaluación pre-tratamiento y una evaluación post-tratamiento, al final se obtiene una puntuación total en base a lo que la o el paciente señale, qué resolución tendría ante algún problema, en una escala tipo Likert de 4 puntos de 0 (en absoluto) a 3 (en gran medida).

Por otra parte, la escala de COPE es un tipo de cuestionario que está compuesto por sub-escalas, las cuales hacen referencia a los distintos modos de afrontamiento al estrés, por medio de la búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol y drogas, planificación y por último el afrontamiento activo; el tiempo de aplicación de esta prueba es de 15 a 20 minutos y la paciente tiene que hacer referencia a cómo afronta habitualmente las situaciones de estrés. El resultado final se debe dividir entre el número de ítems que compone cada

sub-escala, la puntuación para cada una de ellas oscila entre 1 y 4 (máximo). Se especifican los ítems que constituyen cada escala.

Para obtener una mayor validez en este tipo de pruebas, es necesario mostrar relaciones con otras escalas de afrontamiento y que exista relación positiva.

Con la prueba de MOS, se busca centralizar el análisis de la percepción de ayuda de las pacientes, por el hecho de que si una persona no recibe algún tipo de ayuda durante un periodo largo, esto no quiere decir que dicha paciente no disponga de apoyo, contrario a que en caso de recibir apoyo, las pacientes lo confunden con una necesidad y por lo tanto no se refleja con exactitud cuánto apoyo se brinda a la paciente. La aplicación de esta prueba consiste en 20 ítems que valoran aspectos como apoyo estructural, emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño.

Es importante entender las necesidades de cada paciente, y así ayudarlas de la manera adecuada para que el proceso de esta enfermedad sea menos doloroso, ya que abarca muchos aspectos tanto emocionales como físicos en la integridad de las pacientes.

INTRODUCCIÓN.

En México, el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad entre la población de mujeres y la segunda en la población femenina entre 30 a 54 años; el cáncer es considerado una entre varias enfermedades crónico–degenerativas. Su aparición ha llegado a asociarse con las características genéticas del o la persona que lo padece, así como aquellos factores ambientales y el estilo de vida de los individuos.

Este malestar, consiste en una proliferación anormal de células que incluye la modificación de los tipos celulares afectados y la invasión de tejidos adyacentes (Snyer, 1989; Sheridan y Radmacher, 1992), aunque todas las células derivan de una célula normal que tiene un origen monoclonal (Barlow y Fenoglio-Preiser, 1992).

El diagnóstico del cáncer, representa un evento que requiere que el paciente enfrente la enfermedad que amenaza su vida, involucrando sentimientos, emociones y otras circunstancias, por lo que existen diversos estilos de afrontamiento de problemas, con los que el paciente puede manejar sus emociones pertenecientes a una nueva realidad.

México es un país cuya población es principalmente católica y con ellos, la mayoría las pacientes mexicanas con diagnóstico de cáncer de mama enfrentan la enfermedad apoyándose en la religión, la cual es un recurso que puede brindar ideas de sentido y expectativas favorables sobre el curso de esta.

La interpretación del cáncer como un plan maestro, aunado a la creencia de un Dios o ser superior, puede traer consigo la tranquilidad y mejorar la calidad de vida del paciente ayudándolo a controlar los sentimientos como la angustia y tristeza.

En este contexto, si nos enfocamos en que ese Dios o ser superior es el responsable del curso que tome la enfermedad, puede haber una adaptación

visible, que conlleva a un afrontamiento positivo; sin embargo, el simple hecho de que las pacientes realicen la toma de decisiones al otorgar el control absoluto a un Dios sobre su enfermedad, puede dar pie a que ésta no mejore, si se cree que la mejora del paciente proviene de una fuerza más allá de la que podría brindarse con un tratamiento médico, lo cual podría reducir la confianza convirtiéndose en algunas ocasiones en problemas de salud aún más graves.

Desde un punto de vista religioso, el cáncer de mama no es la única forma de afrontamiento que las mujeres mexicanas pueden adoptar, existen pacientes que enfrentan esta patología desde el apoyo social que perciben, ayudándolas a considerar más opciones para procurar su recuperación o tener una mejor calidad de vida. En ambos casos, estos tipos de afrontamiento repercuten en la adherencia al tratamiento que las pacientes reciben como parte del proceso de cura alopático indicado para el padecimiento de cáncer de mama.

De igual forma, es importante hablar también de la adherencia al tratamiento que los pacientes tienen para lograr el control de su enfermedad y tener más probabilidades de vencerla, su adherencia o el cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la paciente debería de coincidir con las recomendaciones relacionadas con su estado de salud y esto también incluye la capacidad que el paciente tiene y/o adquiere para asistir a sus citas médicas programadas, tomar los medicamentos que se le indican en tiempo y forma, mostrar su capacidad ante cambios en el estilo de vida, así como realizar los estudios y pruebas necesarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A través de los años hemos sido testigos del impacto que genera el cáncer de mama en las mujeres mexicanas, así como la forma en que estas asimilan la noticia y el duelo que pasan al enfrentar dicha enfermedad, debido a que se está tentando con una parte del cuerpo que muchas asocian con la identidad femenina, y aún más importante sobre su propia vida.

Ninguna mujer está exenta a este tipo de cáncer, se ven amenazadas por varios factores, como el tipo de alimentación, genética, tipo de vida, entre otras causas; en cuanto al nivel socioeconómico, no se puede decir que repercute en el desarrollo del cáncer de mama, pero si influye en la manera de prevenirlo o incluso poder combatir dicha enfermedad, tal es el caso de aquellas personas que tienen conocimiento sobre la enfermedad o aquellas que tiene fácil acceso a instituciones de salud públicas o privadas, lo que les permite obtener una detección oportuna, con más posibilidades a una pronta recuperación, y por supuesto, su seguimiento y tratamiento correcto; en cambio, una mujer que no cuenta con todos estas “ventajas” puede de alguna forma encontrarse más expuestas a un diagnóstico o tardío.

Aunado a lo anterior, se puede mencionar que en la actualidad el tipo de educación influye de manera dramática, ya que el crecer y vivir con tabúes puede ser más complicado para una mujer con cáncer de mama, más aún con los diferentes tipos de afrontamiento y su adherencia aun tratamiento por lo que muchas veces no permiten que vean y mucho menos que toquen sus mamas por pena o por miedo y por eso no acatan el tratamiento adecuado para la prevención o evolución de la enfermedad.

El tipo de afrontamiento también influye mucho en cómo se esté educada, algunas mujeres culpan factores como un “castigo divino” y lejos de ayudar se sienten culpables y hasta merecedoras de “dicho castigo”, por otro lado muchas creen que si ese ser supremo (como le quieran llamar) les dio esa enfermedad, el mismo se las quitará y en lugar de seguir un tratamiento médico, esperan “milagros”.

En base a esto, la forma de tratar a las pacientes debe ser de manera correcta en el aspecto psicológico, ya que es de suma importancia tener un afrontamiento positivo y menos agresivo para ayudarlas a afrontar la enfermedad; para que esto de pauta a que las pacientes logren una adherencia al tratamiento y así tener mejores resultados al combatir esta enfermedad y no dejar atrás su autoestima.

Con esta investigación se busca que en base a pruebas relacionadas con el afrontamiento, se pueda deducir que tipo de ayuda psicológica es la indicada para las pacientes que atraviesan dicha enfermedad, ya sea la psicoterapia, terapia ocupacional, entre otras; y también saber si se tiene que tratar a la familia en conjunto con la paciente.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Qué factores psicológicos influyen para que una mujer con cáncer de mama se adhiera al tratamiento?
- ¿Qué factores psicológicos influyen en el afrontamiento de una mujer ante una situación como el padecimiento del cáncer de mama?
- ¿Se puede medir la adherencia al tratamiento?
- ¿Cuál es la mejor manera de afrontamiento psicológico de una paciente con cáncer de mama?

OBJETIVOS GENERALES.

El propósito de este estudio es presentar la necesidad de conocer la relación entre los estilos de afrontamiento de problemas y la adherencia al tratamiento en mujeres con cáncer de mama diagnosticado.

OBJETIVOS PARTICULARES.

Los objetivos particulares de este estudio son:

- La importancia psicológica al hablar de la mama.
- La perspectiva biológica que conlleva ser mujer.
- La sexualidad.
- La perspectiva social.
- La perspectiva psicoanalítica.
- Conocer la relación entre las formas de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de cáncer de mama.
- Conocer qué tipo de ayuda psicológica es mejor para que las pacientes con cáncer de mama puedan tener un afrontamiento psicológico menos agresivo.
- Moldear la ayuda psicológica dependiendo el perfil de cada paciente.
- Si es posible, trabajar conjuntamente con la familia de la paciente, a fin de que obtenga mejores resultados en el afrontamiento y la adherencia al tratamiento.
- Tratar de eliminarlos pensamientos negativos de la paciente acerca de su enfermedad.

JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de mama es el principal tipo de cáncer en mujeres en nuestro país, la recuperación de esta enfermedad depende en gran medida de la adherencia al tratamiento, su diagnóstico representa una crisis tanto para el paciente como para su familia, pero que pueden afrontar de diversas formas, por lo que es importante saber plantear un manejo psicológico de la crisis ya que ayuda a las pacientes afrontar de manera más sensata la noticia de padecer el cáncer de mama.

El estilo de afrontamiento que el paciente use puede impactar la calidad de vida y la evolución del paciente; hasta el momento, no se ha investigado sobre la relación que guardan las variables de estilo de afrontamiento y la adherencia al tratamiento durante el transcurso del cáncer de mama diagnosticado.

CAPITULO I.

CÁNCER Y LOS TIPOS DE CÁNCER.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo que suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer podrían prevenirse evitando la exposición a ciertos factores de riesgo comunes tales como es el humo de tabaco; sin embargo es importante destacar que un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan oportunamente o en una fase temprana. (OMS 2015).

En 1979, Mages y Mendelson declararon que el cáncer implica un estado prolongado de estrés que inicia con la sospecha de la enfermedad o el diagnóstico confirmado extendiéndose hasta el tratamiento médico, el periodo libre de enfermedad y la sobrevivencia, a partir de este proceso se encuentran en un deterioro físico y en un sufrimiento constante pues se afrontan directamente con la muerte (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). Estas experiencias pueden generar un conjunto de preguntas acerca de sí mismas, de los demás y del mundo que pueden dar como resultado distrés psicológico (Quartana, Laubmeier & Zakowski, 2006).

1.1. Definición de cáncer.

El cáncer se ha empleado para describir a la enfermedad que se produce por el crecimiento de células anormales, las cuales tienden a dividirse e invadir otros tejidos sanos por medio del sistema sanguíneo o sistema linfático.

Existen más de 100 diferentes tipos de cánceres; la mayoría de estos, adoptan el nombre del órgano o células en donde se originan, en este caso hablaremos del

cáncer que se forma en las células mamarias, comúnmente conocido como cáncer de mama.

Como se mencionó con anterioridad, el cáncer se define como aquel estado prolongado de estrés que inicia con la presencia de la enfermedad o un diagnóstico confirmado, el cual debe seguir mediante un tratamiento quirúrgicos o médico, procesos en los que las pacientes se enfrentan constantemente al sufrimiento, deterioro de salud y muerte. La experiencia que tiene la paciente puede llegar a causarle una serie de preguntas acerca de lo que le está sucediendo lo que puede traer consigo algún distrés psicológico.

1.2. Cáncer en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2012, declaró que la presencia que tiene el cáncer de mama a nivel mundial va en aumento a consecuencia de diversos factores que influyen en este problema, como la urbanización y adopción de modos de vida occidentales.

En el 2011, la OMS estimó que el cáncer fue la principal causa de muerte en el mundo durante el 2008, con 7.6 millones de casos, lo cual equivale al 13% de muertes a nivel mundial, principalmente por cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud en el 2011, indicó que entre los años 2007-2009, la tasa de mortalidad fue de 75.5 muertes por cada 100 mil por consecuencia de neoplasia maligna, colocando a México como el país con la tasa más baja de muerte en Latinoamérica.

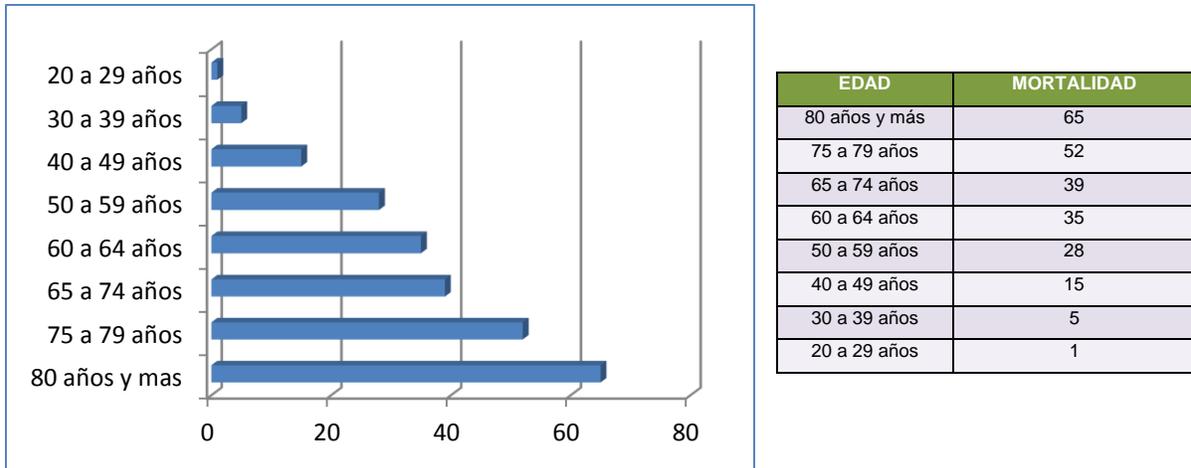
Este organismo de salud, señala que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe; estima que en 2008 se diagnosticaron poco más de 320 mil mujeres con este padecimiento y que para el 2030 podría incrementar un 60 por ciento (OPS, 2012).

La tasa de letalidad hospitalaria hace referencia a la agresividad de una enfermedad; en el caso de las neoplasias, es comprensible que después de una cirugía, quimioterapia o radioterapia, el sistema inmune de los pacientes quede debilitado y, si además presentan comorbilidades como la diabetes, algunos de los tratamientos presenten dificultades a largo plazo, llevando al enfermo a la muerte, a nivel nacional, fallecen en un hospital cuatro de cada 100 personas con este padecimiento.

Para el 2011 el grado de letalidad (o peligrosidad) resulta mayor conforme se incrementa la edad; es decir, en una la población de 80 años y más, la tasa de letalidad fue la más alta con 15 casos de cada 100 mujeres, seguido por las de 70 a 79 años, con seis de cada 100 mujeres y por último en pacientes de 60 a 69 años con cuatro casos de 100. (*Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013)*).

En México, en el 2014 del total de los casos de cáncer entre la población de 20 años en adelante, el cáncer de mama es el de mayor presencia con 3 de cada 10 mujeres con cáncer de mama, lo que representa un 19.4% de la población; por lo que las tasas de mortalidad por un tumor maligno de mama es de 15 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años en adelante.

La tasa de mortalidad observada en el año 2017 en mujeres con cáncer de mama de 20 años en adelante, según el INEGI, se clasifica de esta manera:



Grafica 1. Clasificación de la tasa de mortalidad en mujeres de 20 años en adelante. (Modificada de la página web del INEGI, 17 Marzo de 2017).

1.3. Cáncer en México.

La estructura de la pirámide poblacional señala que hay un gran número de mujeres que llegan a la edad de riesgo. En 2010 la población total femenina era un poco mayor a los 57 millones y aproximadamente el 61% tenían 25 años o más (INEGI, 2010), actualmente se calcula que para el año 2020 habrá más de 29 millones de mujeres mayores a 35 años (Rodríguez-Cuevas, Macías & Labastida, 2000).

De cada 100,000 mujeres mexicanas de 25 años y más, tan sólo el 15.81% padece cáncer mamario, mientras que en el Estado de México el 13.82%, lo que se traduce como una tasa muy alta y alarmante, ya que cada 90 minutos muere una mujer por cáncer de mama; Prudencia Cerón, Directora del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva la Secretaría de Salud, indicó que cada 30 minutos se diagnostica a una mujer con este padecimiento y que 2006 esta enfermedad es la principal causa de muerte superando al cáncer cérvico uterino.

1.4. El cáncer de mama.

El cáncer¹ de mama es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama, la cual está compuesta por lóbulos y conductos, cada mama tiene entre 15 y 20 secciones de lobulillos, mismos que terminan en docenas de bulbos minúsculos que pueden producir leche; los lóbulos, lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados que se llaman conductos.

El tipo más común de cáncer de mama es el “carcinoma ductal”², que se encuentra en las células de los conductos, el cáncer que empieza en los lóbulos o lobulillos se llama “carcinoma lobulillar” y se presenta con mayor frecuencia en ambas mamas, otro tipo de cáncer de mama es el cáncer inflamatorio siendo poco común ya que la mama está caliente, enrojecida e hinchada.

1.4.1. Criterios diagnósticos y factores de riesgo.

Para detectar y diagnosticar el cáncer de mama, se utilizan pruebas o procedimientos que examinan las mamas, con el fin de obtener un resultado claro y preciso, los cuales consisten en un examen físico donde se estudia el cuerpo de la paciente para revisar los signos generales de salud, incluso verificar si hay signos de enfermedad como masas o cualquier otra cosa que parezca anormal; el examen clínico de la mama, en el cual se palpará las mamas y el área debajo de los brazos para detectar masas o cualquier otra cosa que parezca poco habitual; el Mamograma en donde se saca una radiografía de la mama; la ecografía la cual es un procedimiento en donde se le hace un ultrasonido en los tejidos u órganos internos para producir ecos quienes forman una imagen de los tejidos corporales llamada ecograma.

¹ (2013, 01). Cáncer de mama. MedlinePlus. Obtenido 07, 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>.

² Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU (2013). Cáncer de mama. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>. [Último acceso el 1 de julio, 2014].

Otra prueba es la IRM (Imágenes por Resonancia Magnética), donde se usa un imán, ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo; los estudios químicos también se aplican a la paciente, donde se examina una muestra de sangre para medir las cantidades de ciertas sustancias que los órganos y tejidos del cuerpo liberan. Una cantidad no habitual (mayor o menor que la normal) de una sustancia puede ser signo de enfermedad en el órgano o el tejido que la elabora, después se aplica una biopsia con la extracción de células o tejidos en las que un patólogo las observa al microscopio y verifique si hay signos de cáncer, existen cuatro tipos de biopsias:

- Biopsia por escisión : extracción completa de una masa de tejido.
- Biopsia por incisión : extracción de una parte de una masa o de una muestra de tejido.
- Biopsia central : extracción de tejido con una aguja ancha.
- Biopsia por Aspiración con Aguja Fina: extracción de tejido o líquido con una aguja fina.

Este procedimiento puede causar un desgaste tanto físico como emocional pero es necesario para una detección oportuna y ofrecerle a la paciente un mayor número de posibilidades para sobrevivir a esta enfermedad.

Algunos criterios que causan alarma para llegar a un diagnóstico son:

- Masa o engrosamiento en la mama o cerca de ella, o en el área debajo del brazo.
- Cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Hoyuelo o arruga en la piel de la mama.
- Pezón que se vuelve hacia adentro de la mama.
- Líquido que sale del pezón, que no es leche materna; especialmente si es sanguinolento.

- Piel con escamas, roja o signos de hinchazón en la mama, el pezón o la aréola.
- Hoyuelos en la mama parecidos a la piel de naranja.

Las decisiones para determinar cuál es el mejor tratamiento se toman de acuerdo con el resultado obtenido en estas pruebas, las cuales proveen información sobre los siguientes aspectos:

- Rapidez con que puede crecer el cáncer.
- Probabilidad de que el cáncer se disemine por todo el cuerpo.
- Eficacia de ciertos tratamientos.
- Probabilidad de que el cáncer vuelva.

El especialista explicará a la paciente cuál sería la mejor solución o tratamiento, sin embargo la paciente en si quien tiene la última decisión sobre cómo manejar su enfermedad.

Existen factores de riesgo que influyen en el diagnóstico de esta enfermedad los cuales son:

- Menstruación a edad temprana.
- Edad avanzada en el momento del primer parto o no haber dado a luz nunca.
- Antecedentes personales de algún tipo de cáncer
- Antecedentes familiares con cáncer de mama.
- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama o el pecho.
- Tejido de la mama denso en un mamograma.
- Uso de hormonas, como estrógeno y progesterona para tratar los síntomas de la menopausia.
- Uso previo de la hormona dietilstilbestrol (DES) durante el embarazo o ser la hija de una mujer que tomó DES durante el embarazo.
- Obesidad.
- Actividad física insuficiente.

- Consumo de bebidas alcohólicas.
- Razablanca.

1.4.2. Tratamiento.

Hay diferentes tipos de tratamiento para las pacientes de cáncer de mama, se usan seis tipos de tratamiento estándar que son³:

- Cirugía.
- Biopsia del ganglio linfático centinela seguida de cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Terapia con hormonas.
- Terapia dirigida.

Cuando hablamos de cáncer, podemos entender que se habla de un concepto bastante amplio y ambiguo, la localización del cáncer en cualquier parte del cuerpo va teniendo efectos distintos dependiendo en donde se encuentre, no sólo por sus repercusiones a nivel funcional estético, sino también por el tipo de tratamiento que éste va a requerir y por el pronóstico que trae consigo, también se tienen que diferenciar los tumores que afectan a la concepción de la imagen personal, visibles y con una mayor perturbación personal, sexual y de relación.

En el cáncer de mama las pacientes además de temer al cáncer en sí, también sufren pensando en las consecuencias de una intervención quirúrgica, puesto que está la mayoría de las ocasiones son agresivas en cuanto a su imagen consecuencia derivada del tratamiento a seguir.

³ (2014,08). Para la mujer que afronta una biopsia del seno. *American Cancer Society*. Obtenido 10, 2016, de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003175-pdf.pdf>

Existen casos extremos en los que la percepción del propio paciente se ve alterada en un síndrome que se denomina del medio cuerpo, el cual es poco frecuente pero existe, este síndrome consiste en las dificultades para aceptar la asimetría corporal derivada de la mastectomía.

1.5. La mama como identidad femenina.

Es necesario aclarar lo que se refiere a la identidad individual, y esto se relaciona con la idea que se tiene acerca de la clase de persona que somos y de la diferencia con respecto a los demás individuos, a lo que corresponde la idea que los demás tienen de nosotros; nuestra identidad, como lo indica Giménez (2007), resulta de esa negociación entre ambas perspectivas; es decir, de la intersección entre identidad autodefinida e identidad reconocida, lo que ayudará a reconocer lo que es la identidad femenina⁴.

Los atributos caracterológicos tales como “disposiciones, hábitos, tendencias, actitudes, capacidades y lo relativo a la imagen del cuerpo” (Lipiansky citado en Giménez), tienen un significado preferentemente individual, mientras que otros poseen un significado relativo al con el estilo de vida, primordialmente con las preferencias en materia de consumo; es a través de los estilos de vida, que se constituyen sistemas de signos que nos dicen algo acerca de la identidad de las personas.

El cuerpo humano tiene una función muy importante en la puesta en juego de la identidad individual ante otros, ya que el cuerpo es utilizado para convencer a los demás de lo que en realidad somos; y en la línea de Goffman (2006), expresa que todo actor tiene un manejo suficiente de su cuerpo, un control rutinario que le haga parecer como un actor fiable, y que esa sensación de control es la que nos permite y obliga a hacernos cargo de nuestra actuación, y de la responsabilidad

⁴ (2016, 04). Cáncer de seno (mama): Tratamiento. *Instituto nacional del cáncer*. Obtenido 05, 2016, de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq#section/all>

de sus consecuencias, de lo contrario habitaría el sentimiento de descorporización, que implica el sentir que nuestra actuación es falsa y que no responde a nuestra verdadera identidad.

De esta forma, el cuerpo pasa a convertirse en el proyecto de construcción de la identidad de los sujetos que se conforma a partir de una primera gran clasificación genérica, estas referencias y contenidos explica Marcela Lagarde (1990), fungen como indicadores para la conformación de los sujetos y de su identidad, también se conjugan otros elementos de identidad como son la pertenencia a la clase social, un mundo urbano o real, así como a alguna etnia, religión e interés político.

La identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas de manera real y simbólica de acuerdo a la experiencia de vida. Ésta se encuentra determinada por las condiciones de vida que incluyen, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, los límites de su persona, conocimiento, sabiduría y de los confines de su universo.

1.6. El cáncer de mama en México.

En 2008 se presentaron 1.29 millones de casos (Boyle & Levin, 2008) de los cuales el 45% fueron diagnosticados en países de bajos y medianos recursos (Porter, 2009). En las últimas dos décadas el número de personas que padecen esta enfermedad se ha incrementado notablemente, estimándose que una de cada 13 mujeres se ve afectada a lo largo de su vida por este grave padecimiento (Torres-Arreola & Vladislavovna, 2007).

En países en vías de desarrollo esta neoplasia es una de las principales causas de muerte y discapacidad entre la población femenina (Knaul, Nigenda, Lozano, Arreola-Ornelas, Langer & Frenk, 2009; Mathers, López, Murray, 2006). En América Latina su incidencia y mortalidad han aumentado de manera notoria debido al envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones reproductivos,

la exposición a factores de riesgo, acceso oportuno para su detección, diagnóstico temprano y tratamiento adecuados (Althius, Dozier, Anderson, Devesa & Brinton, 2005; Robles & Galanis, 2002).

1.7. Consecuencias sociales, familiares y psicológicas.

Cuando una paciente sabe que tiene una enfermedad como el cáncer de mama, adquiere pensamientos negativos⁵ puesto que la mayoría asocian la palabra cáncer con muerte, por lo que en los distintos entornos en los que solían o suelen desenvolverse, sufren cambios drásticos pero donde las pacientes tienen los cambios más significativos es en los entornos sociales, familiares y psicológicos; de aquí dependerá si la paciente sea o no capaz de mantenerse con ideas positivas acerca de la enfermedad que está enfrentando; estos aspectos también influyen en el apego al tratamiento tanto médico como psicológico para sobrevivir ante una enfermedad que genera dudas, miedos y preocupaciones.

A continuación se menciona como afecta a cada uno de los entornos:

La influencia que tienen los familiares en una paciente con cáncer de mama es muy importante y decisiva, ya que el cáncer supone un impacto no sólo para el afectado, sino también para su entorno familiar, aun cuando el enfermo es quien recibe las consecuencias físicas y psicosociales que repercuten en todo el núcleo familiar.

No siempre la enfermedad cambia las relaciones familiares, sino que el grupo familiar se enfrenta a una situación según su manera de funcionar habitual, quizá haciendo más patente los roles o relaciones que ya existían; por ejemplo, la persona más fuerte emocionalmente no tiene que ser siempre el padre o la madre,

⁵ Ortiz Parada, M. (2006, 12). *Terapia Psicológica*. *Redalyc*. Obtenido 08, 2015, de <http://www.redalyc.org/>

puede ser alguno de los hijos ya que se han presentado caso donde el padre toma una actitud de derrota o falta de energía ante la enfermedad de la madre.

En la psicología, diversos estudios demuestran que la prevalencia de trastornos emocionales (básicamente ansiedad y depresión) es la misma en familiares de pacientes que en los propios afectados; por ello, se suele denominar al familiar “paciente de segundo orden”, ya que aun cuando no sea el enfermo físicamente, sí tiene riesgo de padecer alteraciones anímicas y tiene la presión del entorno en el que se desenvuelve al no poder desahogarse de su sufrimiento, para lo cual, es de suponer que tiene que ‘ser fuerte’ y aguantar la dolorosa situación de tener un familiar con cáncer y no poder demostrar malestar. Como ya se había mencionado, el simple diagnóstico de cáncer de mama, genera un impacto emocional enorme, no sólo en el paciente si no en su familia. Se puede manejar que este impacto tiene un doble motivo:

- El cáncer es y seguirá siendo una patología bastante temida por cualquier población, ya que principalmente existe una incertidumbre de su causa y de las posibilidades de su cura, cada paciente basándose en sus creencias, en sus actitudes y su manera de comportarse será capaz de afrontar la enfermedad de modo distinto a la de otra u otras pacientes con el mismo diagnóstico.
- Se habla de las repercusiones que trae esta dolencia consigo, como motivo de dicho impacto emocional, ya que afectan significativamente en la vida personal, familiar, social, laboral y sexual de las pacientes.

Socialmente hablando, muchas familias se sienten aisladas a raíz de experiencias desagradables, lo cual es algo relativamente frecuente en los pacientes con cáncer, y lo mismo sucede con sus familias, “desgastando” sus energías al atender las nuevas necesidades creadas por la enfermedad y el tratamiento; por otra parte, el tabú que existe del cáncer repercute en la población y muchas personas no saben cómo actuar ante un amigo o familiar que ha sido

diagnosticado con esta enfermedad encaminándolos a las dudas sobre cómo actuar; qué es conveniente preguntar o qué no, o se opte por evitar el contacto con la familia afectada ya sea por ira, vergüenza o sencillamente, porque prefiere no hablar del tema.

La escuela, el trabajo o la comunidad son los lugares de mayor importancia en el desarrollo de dicha enfermedad⁶. Cuando a una persona de este entorno se le diagnostica cáncer, los comportamientos en los individuos que conforman dicho entorno cambian y es aquí en donde las pacientes deben encontrar todo el apoyo que necesita para poder continuar con la lucha contra esta enfermedad. El lugar de trabajo debería de ser un foco de apoyo y no un lugar que hunda más a la paciente con cáncer de mama.

Existen distintas reacciones al obtener un diagnóstico de cáncer de mama, mismas que alteraran la situación socio económica de las pacientes, tales como:

- Ansiedad.
- Temor.
- Desesperanza.
- Tristeza.
- Ira.
- Abatimiento.

Al suceder esto se ponen en marcha mecanismos de afrontamiento, mismos que se pueden tomar como puntos de apoyo para la búsqueda de información, apoyo social y emocional, como a continuación se indican:

⁶ Palacio Incera, N. (2012, 02). El papel del psicooncólogo en una Unidad de Ginecología Oncológica. *AMUCCAM*. Obtenido 11, 2015, de <http://ocw.unican.es/>

- La desconexión emocional.
- La aceptación.
- La negación.
- El aislamiento.
- La renuencia a metas.
- La renuencia a sus objetivos.
- Fuentes.

Por lo anterior, cuando las empresas tienen conocimiento de que alguna trabajadora es diagnosticada con esta enfermedad, no las despiden directamente si no que en ocasiones lo disfrazan con un recorte de personal o algo parecido. Dicho esto, en algunos países el ser portadora de esta enfermedad puede suponer un riesgo para perder el empleo o verse obligado a reducir la categoría laboral y/o el sueldo, por ejemplo, los vigilantes o empleados de seguridad privada, deben ausentarse repetidamente de su puesto de trabajo debido a las necesidades que genera un enfermo con cáncer, en nuestro entorno, esto no es frecuente, pero algunos enfermos se han encontrado con algún tipo de discriminación laboral.

CAPITULO II.

AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD.

El “esfuerzo” cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar las demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona, es lo que se ha acordado denominar estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

Desde el marco teórico del modelo transaccional del estrés, Lazarus sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta lo siguiente:

- La valoración o apreciación que la persona hace de los estresores.
- Las emociones y afectos asociados a dicha apreciación.
- Los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar los estresores.

El afrontamiento puede estar orientado:

- Hacia la tarea, centrándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y la elaboración de planes de acción
- Hacia la emoción, centrándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), evitando preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas (Endler y Parker, 1990).

Esta última, es la más des-adaptativa ante situaciones de estrés, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento (Lazarus, 1990); es decir, un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés agudo, puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos y psicopatológicos (Escamilla,

Rodríguez y González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009); padecer un síndrome de burnout (Wheaton, 1997), así como a una alteración de la capacidad para tomar decisiones (Gottlieb, 1997; Smith, 1986).

2.1. Definición de Afrontamiento.

Se puede decir que el afrontamiento es aquella actividad, que la paciente puede llevar a cabo tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, en este caso, la enfermedad que amenaza su vida. Los recursos de afrontamiento están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones y conductas que un individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los resultados posibles en una determinada situación.

Cuando un individuo considera que puede hacer algo para cambiar su situación, suele predominar los esfuerzos dirigidos al problema, mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción se emplea, en mayor medida cuando se evalúa que la situación no puede cambiarse y hay que vivir con ella.

El afrontamiento es entonces, un proceso en el que se realizan esfuerzos constantes para manejar el estrés psicológico generado ante cualquier situación.

En el afrontamiento se muestran los esfuerzos conductuales que una persona realiza para manejar las demandas internas y externas en la relación persona-ambiente, sus funciones medulares son: hacerle frente al problema que está causando distrés, (afrontar el problema) y regular la emoción (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986).

La formulación del afrontamiento, hace énfasis en que los esfuerzos son independientes de sus resultados, los cuales pueden ser adaptados o adecuados cuando se logra regular el estrés y las emociones; o inadecuados e ineficaces

cuando el estrés se mantiene y las emociones resultantes alteran el bienestar emocional (Lazarus, 1993).

Lazarus & Folkman (1984) mencionaron que el estrés es resultado de una relación entre la persona y el ambiente en el que es evaluada como desbordante para los recursos y, por lo tanto, pone en peligro el bienestar; este resultado se encuentra conformado de tres procesos:

Proceso de evaluación primaria.

- La persona valora lo que está en juego ante la situación, características personales tales como valores, compromisos, metas y creencias sobre sí misma, sobre el mundo y los demás, las cuales ayudan a identificar lo que es relevante para el bienestar en situaciones estresantes concretas.

Proceso de evaluación secundaria.

- Se evalúan los recursos que se tienen para prevenir, superar un daño o para mejorar las perspectivas; se considera la posibilidad de cambiar la situación, aceptarla, buscar información o realizar acciones.

Proceso de afrontamiento.

- En este proceso se realizan las respuestas que se contemplaron en las evaluaciones previas.

2.2. Estilo de afrontamiento según Lazarus.

El afrontamiento⁷ se divide en tres tipos:

- Afrontamiento activo.
- Afrontamiento pasivo.
- Evitación.

También se puede dividir en:

- Afrontamiento cognitivo.
- Afrontamiento conductual.
- Afrontamiento dirigido a cambiar la situación.
- Afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

2.2.1. Planeación.

Pensar y estudiar acerca de la enfermedad, analizar los diferentes puntos de vista u opciones, así como desarrollar estrategias para solucionarlo, permite a la paciente elaborar un plan, puesto que le será más fácil comprometerse a sí misma con los pasos que debe seguir para llegar a sus “metas”; en este caso, sería enfocarse y terminar adecuadamente con el tratamiento médico y psicológico.

2.2.2. Auto distracción.

Apartarse del problema, no pensar en él o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente puede llevar como resultado tipos de pensamientos como: “Sacar el problema de mi mente”, emplear un pensamiento irreal (mágico), improductivo (ojalá hubiese desaparecido esta situación), desinteresado (deseo de

⁷ Cano Vindel, A. (1997,01). Afrontamiento. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Obtenido 10,2015, de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>

que la realidad no fuera estresante) fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras).

De igual forma se sugiere realizar actividades como métodos de distracción como: ver televisión, escuchar música, leer un libro o tocar un instrumento musical; o incluso emplear conductas de auto cuidado como; arreglarse, vestirse, hacer deporte, ordenar cosas, salir con amigos y divertirse).

La retirada de la interacción con el mundo (retirada apática), en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, es un componente clave de todas las adicciones; el sentimiento de falta de amor verdadero de los padres, conlleva (induce) a la autosatisfacción a través de sustancias como los estupefacientes o conductas ludópatas; llegando incluso, a crear una adicción al sexo y que consecuentemente puede repercutir en la falta de amor a terceros.

2.2.3. Humor.

El sentido del humor permite afrontar conflictos o situaciones potencialmente angustiantes de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos.

En algunos casos, una expresión de humor (chiste) es una formación de compromiso (forma que adopta lo reprimido para ser admitido en lo consciente, a semejanza del síntoma los lapsus o los sueños) en la que se satisfacen a la vez, el deseo inconsciente y las exigencias defensivas.

2.2.4. Reevaluación positiva.

Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), expresa optimismo y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y sentirse afortunado, por ejemplo, considerar el problema de forma relativa y como un estímulo para el desarrollo personal.

2.2.5. Uso de sustancias.

Existen estrategias reductoras de tensión (paliativas) en donde el paciente come de manera excesiva, fuma, bebe alcohol, usa otras drogas o medicamentos.

2.2.6. Apoyo social.

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar.

No es tanto la red social “física” o número de personas cercanas, sino el apoyo percibido por parte de un individuo (tener un amigo íntimo es mejor que tener muchos amigos o conocidos) y que sepa y esté dispuesto a extraer de modo afectivo el apoyo que necesita de otros (Dunkel-Schetter y Cols., 1987), aunque muchas personas prefieren elegir como un estímulo a los animales domésticos para que funjan como un elemento más de la red de apoyo (Culliton, 1987).

Investigaciones con humanos y animales indican que la existencia de un apoyo social efectivo es un amortiguador del estrés (Barrera, 1988) y favorece la salud de la siguiente forma:

- Disminuye la probabilidad de presentar enfermedades como: herpes, infarto de miocardio, complicaciones durante el parto o trastornos psicológicos diversos, como episodios depresivos en personas vulnerables (Brown y Harris, 1978).
- Acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conocen con exactitud los mecanismos psico-biológicos que operan estos cambios (House y Cols., 1988)

En un estudio longitudinal efectuado con 7000 residentes adultos de Oakland, condado de Alameda, California (Berkman y Syme, 1979), se demostró que una tasa alta de contactos sociales estaba ligada a una mayor supervivencia, tras un

seguimiento de 9 años, tanto en varones (2,3 años) como en mujeres (2,8 años), controlando la influencia de otros factores (nivel socioeconómico, salud auto percibida, o hábitos de salud). Las personas con niveles más bajos de apoyo social tenían una probabilidad de morir, durante ese período, casi tres veces superior a la de aquellos con una mayor vinculación social.

Como recurso o estrategia de afrontamiento⁸ (hablar con un familiar o amigo de un problema), es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman y Cols., 1986; Vázquez y Ring, 1992, 1996), siendo utilizado más por mujeres que por hombres (18 % frente a un 11 %, Stone y Neale, 1984). Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el problema (buscar consejo, información, vías de solución, etc.) no cabe duda de que este procedimiento también sirve como una importante fuente de apoyo emocional (alivio, empatía y ayuda física).

2.2.7. Apoyo espiritual, religioso y emocional.

Aspectos de índole religioso, pueden ayudar a dar sentido ante una amenaza de vida y con esto puede conducir a la mejora de calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

Existen tres estilos de adaptación en la religión:

1) Religión – Auto – Dirigido.

Este enfoque hace hincapié en la capacidad que tienen los individuos para impactar directamente su situación.

⁸ Copyright, C. (2014,01). Estrategias de afrontamiento. *Todo es mente*. Obtenido 10,2015, de <http://www.todoesmente.com/defensa/esrategias-de-afrontamiento>

2) Colaboración.

Este enfoque se postula para la resolución del problema a tratar que en este caso, es el cáncer de mama y aquí la responsabilidad de la paciente, por una parte esta ella y por otra parte se encuentra dios.

3) Diferir.

Aquí es en donde se encuentra la mayor parte del problema y por consiguiente la solución de este, donde la paciente deposita su enfermedad en dios ya que existe un enfoque global en la religión y la espiritualidad.

El control de poder diferir “el problema” también reducirá la probabilidad de que los pacientes con cáncer de mama logren saber la necesidad de tomar un enfoque de afrontamiento proactivo. Este comportamiento, a su vez debe de ser frenada por las preocupaciones de cáncer de mama, dado que las mujeres aplazan el control, convirtiéndose en una probabilidad menor para tomar un afrontamiento y un enfoque proactivo y; en última instancia, informar una menor calidad de vida para la paciente con dicho diagnóstico.

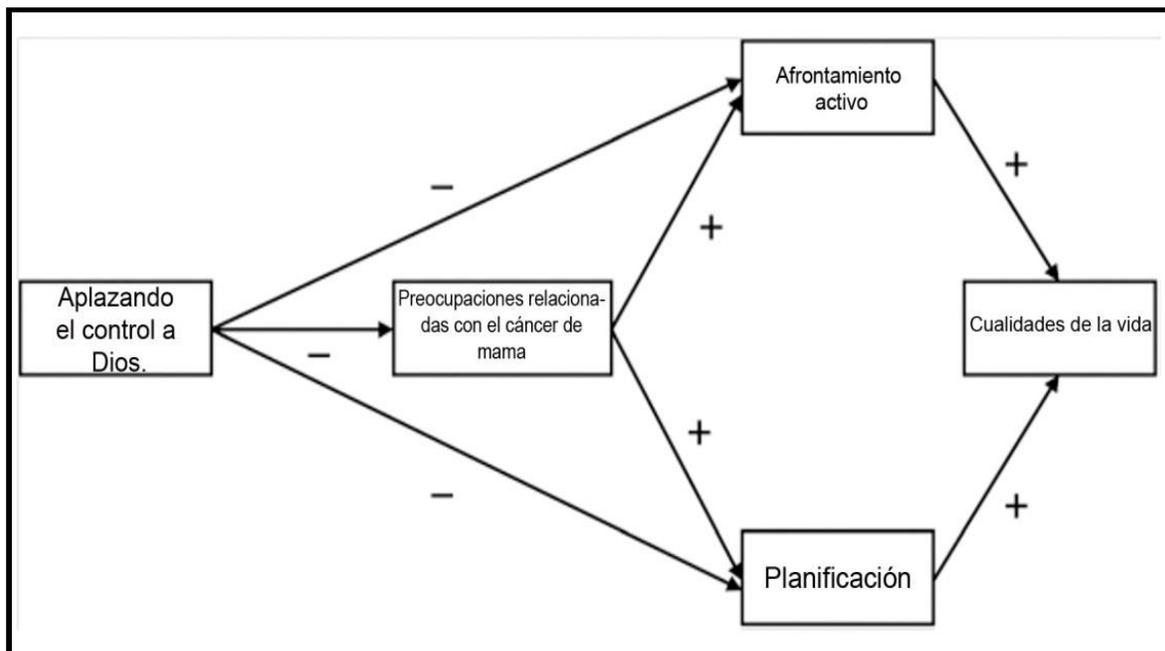
El darle tanto peso a un dios, es benéfico para las pacientes, ya que con tan sólo hablar de su enfermedad y saber de ella les causa agotamiento emocional, por lo que la idea de creer en un Dios puede dar a pie una sensación de alivio y una disminución de la angustia emocional.

Se ha demostrado en algunas investigaciones, que la religión sirve para amortiguar los efectos negativos del estrés creado por las crisis de salud a la que la paciente con cáncer de mama se enfrenta.

El Instituto Nacional de Cancerología, hace hincapié en la importancia de la gestión de los síntomas y el control de ellos; la gestión del tratamiento, dirigiéndose en un malestar físico como un factor clave para los pacientes con

cáncer para mejorar su calidad de vida. Los estudiosos en este Instituto han encontrado que tener un estilo de afrontamiento activo y no pasivo puede conducir a una mayor supervivencia, no sólo para las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama sino para cualquier enfermedad.

La reducción de las preocupaciones específicas de cáncer de mama, debería conducir a niveles más bajos en el afrontamiento del problema, pues los individuos tienden a sentirse obligados a adoptar un enfoque de afrontamiento activo.



Esquema 1. El sujeto otorga a Dios el control de su enfermedad, desencadenando momentos como la planificación de su enfermedad, afrontamiento y preocupaciones que conlleva dicha enfermedad para que el paciente finalmente encuentre las calidades de la vida.

2.3. Escalas de afrontamiento.

Las escalas de afrontamiento nos sirven para evaluar y saber con más precisión qué nivel de afrontamiento maneja la paciente con cáncer de mama acerca de su enfermedad, que estrategias usa y cuáles son las salidas que esa podría estar tomando.

2.3.1. Escala de Lazarus.

Esta escala es un tipo de instrumento, conformado por un cuestionario, el cual tiene como objetivo evaluar los diferentes modos de afrontamiento:

- Afrontamiento directo.
- Apoyo.
- Negociación.
- Escape / evitación.
- Planificación.
- Solución de problemas.
- Reevaluación positiva.
- Aceptación de responsabilidad.
- Autocontrol.

Tiene un número de 67 ítems en total, que describen las formas de actuar ante los problemas, sirve para evaluar de manera general las estrategias de afrontamiento.

Es una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0(en absoluto) a 3(en gran medida). Pueden derivarse las siguientes sub-escalas:

- Confrontación.
- Distanciamiento.
- Autocontrol.
- Búsqueda de apoyo social.
- Aceptación de la responsabilidad.
- Planificación.
- Reevaluación positiva.

La fiabilidad de esta prueba tiene una consistencia interna de 0,61-0,79.

La validez: El análisis factorial distingue entre factores dirigidos a la resolución de problemas (búsqueda de soluciones alternativas, búsqueda de información y realización de un plan de acción) y factores dirigidos a la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación, acentuación de los aspectos positivos de la situación y auto-reproche).

La aplicación consiste de un tiempo de administración de 15 a 20 minutos.

Las normas de aplicación radican en que la persona debe señalar en qué medida actuó, como se describen cada una de las afirmaciones en la resolución de algún problema, en una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (en absoluto) a 3 (en gran medida).

Para la corrección y la interpretación se puede obtener una puntuación total; una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción y una puntuación para cada una de las 8 diferentes sub-escalas o modos de afrontamiento (afrontamiento directo, apoyo, negación, escape/evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol).

En el momento de aplicación se realiza la evaluación pre-tratamiento y evaluación post- tratamiento

2.3.2. Escala COPE.

La escala COPE⁹ es un instrumento de tipo cuestionario, el cual está compuesto por varias sub-escalas¹⁰ que hacen referencia a los distintos modos de afrontar el estrés, **(ver anexo A):**

⁹ Ornelas Mejorada, R. (2013,01). Análisis de la Escala COPE Breve. Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia. Obtenido 06, 2015, de <http://uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Rosa%20Elena%20Ornelas%20Mejorada.pdf>

¹⁰ Morán, C., Landeros, R., Gonzales, M. (2009, 07). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Scielo. Obtenido 01, 2010 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v0n2a20>.

- Búsqueda de apoyo social.
- Religión.
- Humor.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Planificación.
- Afrontamiento activo.

La fiabilidad que tiene este instrumento es: una consistencia interna de 0.45-0.92. , en test-retest es de 0.46-0.86 (8semanas) y 0.42-0.89 (6semanas), mientras que la correlación en la versión general y situacional es menor de 0.40 (salvo escalas de consumo de alcohol o drogas y tipo de religión).

Para la explicar la validez, se muestran relaciones con otras escalas de afrontamiento y medidas de personalidad, existe una relación positiva entre las siguientes:

- Estrategias de afrontamiento activo.
- Planificación.
- Reinterpretación positiva.
- Crecimiento personal.

Con otras variables como:

- Optimismo.
- Control de la situación.
- Auto-estima.
- Fortaleza.

El afrontamiento activo presenta una relación positiva con la personalidad tipo A y una relación negativa con la ansiedad-rasgo, las estrategias de negación y desconexión conductual tienen un patrón opuesto en sus relaciones con estas variables. La escala COPE se diferencia de otras medidas de afrontamiento ya que no está relacionada con la deseabilidad social.

El tiempo de administración de esta prueba es de 15 a 20 min.

Las normas de aplicación es cuando se utiliza el cuestionario de manera colaboradora, donde la paciente contesta los ítems haciendo referencia a cómo afronta habitualmente las situaciones de estrés y; de modo situacional, si ha tenido alguna experiencia estresante en los últimos tres meses, la define y contesta refiriéndose a ella. Se tiene que especificar que cada ítem es independiente, pues no hay respuestas correctas o respuestas incorrectas, y que las respuestas deben indicar su propia experiencia, no lo que la mayoría hace.

En la corrección e interpretación se suma la puntuación de los ítems para cada sub-escala, invirtiendo la del ítem 15 antes de sumarse, puesto que es indirecto. El resultado se debe dividir entre el número de ítems que compone cada sub-escala. La puntuación para cada una de ellas oscila entre 1 y 4 (máximo), enseguida se especifican los ítems que constituyen cada escala.

- Búsqueda de apoyo social: 4, 11, 14, 23, 30, 34, 45, 52.
- Religión: 7, 18, 48, 60; Humor: 8, 20, 36, 50.
- Consumo de alcohol o drogas: 12, 26, 35, 53.
- Planificación y afrontamiento activo: 19, 25, 32, 47, 56, 58.
- Abandono de los esfuerzos de afrontamiento: 9, 24, 37.
- Centrarse en las emociones y desahogarse: 3, 17, 28, 46.
- Aceptación: 13, 21, 44, 54.
- Negación: 6, 27, 49, 57.
- Refrenar el afrontamiento: 10, 22, 41, 49.
- Concentrar esfuerzos para solucionar la situación: 5, 33, 42, 55.
- Crecimiento personal: 1, 59.
- Reinterpretación positiva: 29, 38, 39.
- Actividades distractoras de la situación: 1, 15, 43.
- Evadirse: 16, 31, 51.

El momento de aplicación se realiza en la evaluación pre-tratamiento.

2.3.3. Escala de medición de apoyo social percibido (MOS).

El cuestionario MOS de apoyo social fue desarrollado por Sherbourne y Cols en 1991, a partir de los datos del estudio MOS, llevaba a cabo un seguimiento de dos años de pacientes con patologías crónicas, los elementos del test fueron seleccionados de forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso.

Existen evidencias de que la disponibilidad de ayuda o apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre el estado de salud. En el curso de las enfermedades crónicas debería considerarse la influencia del apoyo social.

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado:

- Apoyo estructural (tamaño de la red social).
- Apoyo funcional (percepción de apoyo).

El apoyo funcional quizá sea el más importante y es multidimensional:

- Emocional (amor, empatía).
- Instrumental (tangibles).
- Informativo (consejos).
- Valoración (ayuda a la autovaloración).
- Compañerismo durante el tiempo libre.

El centralizar el análisis de la percepción de ayuda como hace este cuestionario, se justifica por el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, no quiere decir que no disponga de apoyo; por otra parte, recibir apoyo a veces se confunde con una necesidad y no refleja exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.

Esta prueba se trata de un cuestionario auto administrado de 20 ítems.

El primero valora:

- Apoyo estructural.

Mientras que el apoyo funcional, explora 5 dimensiones del apoyo social:

- Emocional.
- Informativo.
- Tangible.
- Interacción social positiva.
- Afecto/cariño.

Mediante una escala de 5 puntos, se pregunta con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 sub-escalas, en las que se pueden obtener puntuaciones independientes.

- Apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19).
- Instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15).
- Interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18).
- Afectivo (ítems 6, 10 y 20).

También se puede obtener una puntuación total, menos recomendada que las parciales por los autores, pueden darse de forma cruda o normalizada.

- En la forma normalizada el rango para cada sub-escala y para la puntuación total es de 0 a 100.

➤ En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son:

- 19-95 para puntuación total.
- 8-40 para apoyo emocional.
- 4-20 para apoyo instrumental y para interacción social positiva.
- 3-15 para apoyo afectivo.

En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido. Los autores en su trabajo original no recomiendan puntos de corte, pero en nuestro medio si se han utilizado y han quedado de la siguiente manera:

- 57 para puntuación total.
- 24 para emocional.
- 12 para instrumental.
- 9 para interacción social y para afectivo.

2.3.4. Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0.97) y para las sub-escalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78).

Validez: Utilizando variables recogidas en los estudios MOS, presenta correlación convergente con la soledad ($r = -0,53$ a $-0,69$), el funcionamiento familiar y matrimonial ($r = 0,38-0,57$) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia, con el ítem1 (soporte estructural) es baja y entre las cuatro sub-escala es razonable (6,69 a 0,82).

CAPÍTULO III.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

La adherencia¹¹ fue definida por Sackett, en 1976, como el grado en el cual la conducta del paciente coincide con la prescripción clínica privada; posteriormente, en 1979, Haynes la definiría como la medida en que las conductas de una persona coinciden con el consejo médico.

La adherencia al tratamiento en el cáncer de mama, es de suma importancia puesto que de eso realmente dependerá el proceso de mejoramiento en la paciente; son las normas médicas y terapéuticas que le brindan al paciente combatir el mal de la enfermedad, una serie de lineamientos previamente investigados y comprobados para su bienestar; psicológicamente son terapias constantes que depende de intervenciones, platicas, ejercicios, aclaración de dudas que la paciente pueda generar a raíz del diagnóstico de su enfermedad; dicho esto, permitirá a la paciente tener un duelo humanizado en casos de alguna disección en sus mamas o sólo el duelo para aceptar su enfermedad.

Si la paciente es constante tendrá beneficios; de no ser así, se le puede generar algún daño mayor que la ponga en una situación más grave de la que ya se encuentra, la adherencia al tratamiento que las pacientes tienen varía en cada persona, pues algunas no le dan importancia a la mejora de su enfermedad otras, prefieren no hacer caso, pues a diferencia de otras que ven el tratamiento como la mejor salida para vencer o controlar dicha enfermedad, otras lo asocian directamente con la muerte, desde el lado terapéutico psicológico también varían las pacientes ya que algunas pueden considerar esto como una pérdida de tiempo, mientras que otras lo verán como un apoyo para poder compartir el peso de la misma enfermedad y los problemas que ella le puede generar.

¹¹ Sánchez. E. (2007,05). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Obtenido 06, 2015, de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/554/476>

3.1. Concepto de adherencia al tratamiento.

Según indica Ferrer (1995), en la revisión bibliográfica que hace sobre la adherencia, en la bibliografía anglosajona, suelen emplearse dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas: compliance (cumplimiento) y adherence (adhesión o adherencia).

Algunos autores dan más peso al definir la adherencia por el término cumplimiento (Rodríguez\Marín, 1990), otros lo hacen por adhesión o adherencia (Ortego, 2004), mientras otros más consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia (Maciá & Méndez, 1986) y otros, como ocurre en la literatura anglosajona, emplean indistintamente los conceptos de cumplimiento y adherencia (Fajardo & Cruz, 1995) (Cuevas Etal., 1996) (Codina Etal., 1999).

No existe unanimidad¹² a la hora de definir la adherencia; sin embargo, una de las definiciones más aceptada es la de Epsein y Cluss, en el año 1982, para ellos la adherencia o el cumplimiento es “La coincidencia entre el comportamiento de una persona, los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”.

Las normas médicas y terapéuticas facilitarán o por lo menos le ayudarán al paciente saber cargar con el peso de la enfermedad, las cuales se manifiestan como una serie de lineamientos previamente investigados y comprobados para el bienestar de la paciente, en el caso psicológico son terapias constantes que depende de pláticas, ejercicios, entre otras actividades que le permitirán a la paciente sobrellevar su duelo en dado de los casos de que se requiere de la mutilación de alguna de sus mamas.

¹² María del Carmen Ortego Maté. (2004). La adherencia al tratamiento. 2015, de universidad de cantabria Sitio web: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf

La constancia en el tratamiento¹³ conduce a óptimos beneficios, de lo contrario la apatía y el desinterés en el afrontamiento puede traer consigo algún daño en la paciente que ponga en riesgo su salud y colocarla en una situación más grave que en la que ya se encontraba; la adherencia al tratamiento puede variar en cada persona, ya que algunas pacientes no le dan la importancia necesaria dejando a un lado la gravedad de la enfermedad, por otra parte, otras prefieren no hacer caso pues asocian el cáncer con la muerte a diferencia de otras que ven el tratamiento como la mejor salida para vencer o controlar dicha enfermedad.

La adherencia¹⁴ se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio / hospital).
- Tomar los medicamentos como se prescribieron.
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados.
- Completar los análisis o pruebas solicitadas.

3.2. Escala para medir adherencia al tratamiento.

WHOQOLBREF.

La versión WHOQoL-BREF fue desarrollada para proveer un formulario de evaluación de la C. de v. resumida, utilizando datos del proyecto oficial WHOQoL-100, con un total 26 preguntas. Para proveer una evaluación comprensiva, cada ítem de las 24 facetas contenidas en el WHOQoL-100 ha sido incluido en esta versión, además 2 ítems de la calidad de vida y faceta de salud general han sido incluidos.

¹³ Mauricio Hernández Ávila. (2010). Prevención, tratamiento y control. 16-05-2016, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://web.ssaver.gob.mx>

¹⁴ Germán Enrique Silva, Esmeralda Galeano, Jaime Orlando Correa. (2005). Implicaciones de la no-adherencia. 2015, de Adherencia al tratamiento Sitio web: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>

El WHOQoL-BREF produce una visión de C. de V., y se puede separar en puntajes de cuatro dominios. Existen dos ítems que se examinan de forma separada: el ítem número 1 se refiere a la percepción individual de la calidad de vida, y el ítem número 2 pregunta sobre la percepción individual de su salud. La división en cuatro dominios los separa en cuatro grupos de percepción individual de calidad relacionados con el dominio. El puntaje en cada ítem se expone en dirección positiva (es decir mayor puntaje equivale a mayor calidad de vida); y se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio. Los resultados se multiplican por cuatro para verificar a la interpretación que se realiza con el WHOQoL-100.

La calidad de vida se define, como la percepción de un individuo de su posición de vida en un contexto cultural, los sistemas valóricos en los cuales viven, la relación de sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Esta definición refleja un punto de vista en el que la calidad de vida se refiere a la evaluación subjetiva, que se sumerge en un entorno, cultural y social. Debido a que esta definición de calidad se enfoca bajo el término de calidad de vida “percibida”, no se puede esperar que logremos medir síntomas, enfermedades o condiciones detalladamente, pero sí los efectos que ejercen éstos en la calidad de vida. Del mismo modo, la C. de V. no puede ser comparada con los términos “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción de vida”, “estado mental” o “estar bien”. El reconocimiento de la naturaleza multidimensional de la C. de V. se refleja en el instrumento WHOQoL-100.

Durante el desarrollo del instrumento, se analizó esta naturaleza multidimensional que se pretende investigar, llamados dominios. Se propuso bajo el modo de trabajo inicial del proyecto que 24 facetas relacionadas con la C. de V. se agruparan en 6 dominios.

El WHOQoL-BREF (Versión del instrumento de 26 preguntas) se basa sólo en una estructura de cuatro dominios, que se pueden ver en la siguiente tabla.

DOMINIO Y FACETAS INCORPORADAS EN LOS DOMINIOS.	
Salud Física	Actividades de la vida diaria. Dependencia de medicamentos y ayuda médica. Energía y fatiga. Movilidad. Dolor y disconformidad. Sueño y descanso. Capacidad de trabajo.
Psicológico	Imagen y apariencia física. Sentimientos negativos. Sentimientos positivos. Autoestima. Creencias personales, religiosas y espirituales. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
Relaciones interpersonales	Relaciones personales. Apoyo social. Actividad sexual.
Entorno	Recursos económicos. Libertad y seguridad física. Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales Entorno en el hogar. Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades. Participación y oportunidades de recreación y ocio. Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima). Transporte.

Cálculo de puntaje.

Para calcular, se debe seguir el siguiente algoritmo:

1. Chequear los 26 ítems de la evaluación, que tienen un puntaje de 1 a 5.
2. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26 (Si Resp=1, entonces Resp=5; si R=2 > R=4 y si R=3 > R=3)

3. Calcular puntajes por dominio:

▪ **DOM1** = SUM (P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18)*4

▪ **DOM2** = SUM (P5, P6, P7, P11, P19, P26)*4

▪ **DOM3** = SUM (P20, P21, P22)*4

▪ **DOM4** = SUM (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25)*4

(SUM = Sumatoria)

▪ Los dominios corresponden a:

1. Salud física.

2. Psicológico.

3. Relaciones interpersonales.

4. Entorno.

3.3. Factores que impactan en la adherencia al tratamiento¹⁵.

Enseguida se enunciarán algunos factores¹⁶ de manera individual pero que en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente si no como un asunto complejo multifactorial.

Tampoco es conveniente que el terapeuta y/o el médico presupongan la no-adherencia en forma primaria a una personalidad no cooperadora del paciente. Algunas de las razones que hacen que un paciente no cumpla con el esquema de tratamiento indicado se pueden agrupar en las siguientes cuatro categorías.

Factores asociados al paciente.

– Deterioro sensorial.

¹⁵ Germán Enrique Silva, Esmeralda Galeano, Jaime Orlando Correa. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. 2015, de Scielo Sitio web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004

¹⁶ Yamilet Ehrenzweig Sánchez. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. 15-06-15, de Redalyc Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902503.pdf>

La pérdida de algún sentido como la visión y/o la audición puede conducir a que la paciente no obtenga la información adecuada cuando se le imparte la instrucción verbal o escrita.

– Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo.

Provoca que la información no se procese o se elabore de manera alterada por medio de la depresión, ansiedad, etc; en estos casos, distracciones e información “desatinada” puede representar una sobrecarga que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de desinformación.

- Omisión parcial o total de contenido.
- Filtración de acuerdo con creencias personales.
- Aprendizaje incorrecto.
- Aprendizaje fuera de tiempo.
- Aprendizaje incompleto, al procesar solo una pequeña parte.

Aspectos de la enfermedad.

En algunas ocasiones la paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema del tratamiento.

La adherencia a la terapia es difícil en especial la del cáncer de mama, puesto que es una de las enfermedades que comprometen el desempeño social y que tiene repercusiones que hacen que la paciente pueda perder la confianza en ella misma, ya que al recibir quimioterapias, como consecuencia tiene pérdida de cabello y en la mayoría de las ocasiones debilita su sistema inmune haciéndolas más propensas a contraer otras enfermedades.

- Factor ambiental.

La paciente que vive sola con mayor frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento, ya que como factor ambiental se encuentra; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicamentos sólo cuando uno no se sienta bien o ingerir una mayor dosis para apresurar el tratamiento y sentirse mejor).

En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado. La adherencia al tratamiento disminuye en los casos siguientes:

- Procesos crónicos.
- Cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo.
- Cuando el esquema de dosis es complicado.
- Cuando la vía de administración requiere personal entrenado.
- Cuando el medicamento influye en el buen funcionamiento del paciente.

Las terapias para combatir el cáncer están consideradas como los tratamientos más complicados para llevarse a cabo por los altos niveles de preguntas e incertidumbre que les generan las pacientes. La información que se tiene acerca de esta enfermedad es que es una enfermedad devastadora y los pacientes la refieren como un mal casi imposible lograr su cura y afecta la adherencia al tratamiento, no sólo por las consultas con el médico y el tratamiento establecido por el mismo, sino también con una terapia psicológica que le podría brindar mayor tranquilidad en su camino de lucha contra su enfermedad.

Lograr un tratamiento adecuado permitirá que la paciente tenga un buen afrontamiento hacia su enfermedad, de lo contrario si no se consigue este afrontamiento positivo tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento, y

posiblemente mostrará ante la situación apatía y desesperanza para lograr la cura de su padecimiento.

Dada la insuficiencia de los modelos para explicar la adherencia, otra alternativa es recurrir a un conjunto de variables implicadas. Se han identificado muchas, Haynes (1976 y 1979) llegó a citar más de doscientas variables que podían relacionarse con la adherencia. Después de revisar la bibliografía existente sobre todas ellas y en su mayoría, se pueden agrupar en ocho grandes grupos (Ortega, 2004):

- Variables socio demográficas.
- Las creencias del paciente.
- El tipo de enfermedad.
- El tratamiento farmacológico.
- La relación que se establece entre el paciente y el P.S.
- La información.
- El apoyo social.
- Las variables de la organización.

A continuación se detallan estas variables.

3.3.1. Variables socio demográficas.

Aunque las variables socio demográficas no pueden dar cuenta de toda la adherencia, juegan un papel importante a la hora de explicarla y son las más registradas por los autores a la hora de estudiar la adherencia; entre estas variables, cabe citar: el sexo como un estilo de afrontamiento predominante donde se toma en cuenta la edad, raza, nivel de estudios, ocupación, convivencia, número y edad de hijos o adultos a su cargo.

3.3.2. Las creencias del paciente.

La creencia o creencias de los pacientes aunque no las expresen, pueden repercutir en su adherencia y afrontamiento y, por lo tanto se deberían explorar en el paciente como en las personas significativas de su vida.

Es importante recordar que los pacientes tienen sus propias representaciones de lo que significa una amenaza para su salud, por lo que planifican y actúan según estas así como los temores que las acompañan. Estas representaciones y temores se construyen a partir de muchas fuentes, incluyendo amigos, familiares, medios de comunicación; los propios síntomas corporales y mentales y; la información ofrecida por el P.S.¹⁷

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta, respecto a las creencias, es el hecho que éstas no son constantes durante el proceso del tratamiento, pudiendo cambiar por múltiples causas (al adquirir más información o debido a la evolución de la enfermedad), por lo que resulta necesario evaluarlas en diferentes momentos.

En ocasiones, los pacientes no dicen o no saben cómo expresar sus preocupaciones, expectativas y temores. Atender la comunicación verbal como la no verbal puede ofrecer muchas pistas, por una parte la comunicación no verbal es mucho más difícil de controlar que la verbal ya que existen incongruencias entre una y otra como las desviaciones de la mirada, manifestaciones no verbales de confusión y angustia, etc., esto nos puede estar indicando que algo no marcha bien, aunque el paciente no haga alusión a ello.

¹⁷ García León, G. (2013, 12). La relación entre paciente y los PS. *Universidad de Cantabria*. Obtenido 09, 2015, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.5.5-la-relacion-entre-paciente-y-los-ps>

Entre las creencias que se deberían explorar y que se ha comprobado que repercuten en la adherencia, están: las metas esperadas del tratamiento, la motivación, gravedad y vulnerabilidad percibida y la auto eficacia percibida.

3.3.3. Tipo de enfermedad.

En general, los niveles más bajos de adhesión aparecen en pacientes con enfermedades crónicas, en las que no hay un malestar o riesgo evidente, en aquellas que requieren cambios en el estilo de vida y cuando la prevención en lugar de curar o aliviar los síntomas pretende instaurar un hábito de vida (Meichenbaum & Turk, 1991). Así, por ejemplo se ha visto que la falta de adhesión resulta un problema muy serio entre los pacientes diabéticos insulino dependientes, esta enfermedad exige muchas demandas que requieren cambios en los estilos de vida, lo cual dificulta la adherencia.

3.3.4. Tratamiento farmacológico.

Las características del tratamiento farmacológico que parecen modular la adherencia son: la dosificación, la vía de administración, duración, efectos secundarios y la complejidad (Richart & Cabrero, 1988) (Meichenbaum & Turk, 1991) (Rodríguez, 2001):

▪La dosificación.

El número de dosis ha sido relacionado con el nivel de adherencia, se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.

3.3.5. La relación que se establece entre el paciente y el médico.

La importancia de la relación entre el paciente y el médico es una situación puesta ya de manifiesto por Hipócrates en el siglo IV a.C. "El paciente, aún consciente de

la gravedad de su situación, puede recuperar la salud simplemente a través de la fe en el buen hacer de su médico".

Son muchas las deficiencias que los P.S. (médicos) exhiben con sus pacientes. Como indica Giletal. (Gil, García, León, & Jarana, 1992), estas deficiencias van a repercutir negativamente sobre el recuerdo y la comprensión de la información proporcionada en la participación del paciente, grado de satisfacción de la atención recibida, en la relación y en la adherencia al tratamiento.

Es necesario que los P.S. cuenten con habilidades sociales destinadas a mejorar la relación que establecen con sus pacientes, la mejor estrategia para conseguirlo es a través del entrenamiento en habilidades sociales, ya que aunque muchos profesionales son conscientes de las deficiencias que exhiben con sus pacientes son incapaces de reformular un estilo habitual y necesitan que otros profesionales entrenados les adiestren.

3.3.6. Formación que la paciente tiene en la adherencia al tratamiento.

Comprender es el primer paso para recordar la información y adherirse a los tratamientos, de hecho, se ha observado que proporcionar información de modo que favorezca y garantice unos niveles mínimos de comprensión y recuerdo por parte de los enfermos contribuye a mejorar las tasas de adherencia; además, muchas veces es la única estrategia que utilizan los P.S. para conseguir la adherencia a los tratamientos. Todo ello hace imprescindible que los P.S. adquieran habilidades destinadas a transmitir información.

En relación con la información proporcionada a los pacientes diversos estudios indican (Godoy, Sánchez Huete, & Muela, 1994) que:

- Con frecuencia el paciente cree que no se le ha informado suficientemente.
- Hay falta de comprensión de la información recibida por parte del paciente.

- El paciente no hace las preguntas oportunas a pesar de considerarse poco informado.
- Hay una pérdida de información por causa del olvido.

Ciertamente estos factores no son dependientes totalmente del P.S., aunque éste debe tenerlos en cuenta a la hora de realizar sus intervenciones.

En caso existir mala comprensión, si el paciente no alude a ello, impide que el profesional obtenga a su vez una información acerca de las dificultades del mensaje y pueda rectificar subsiguientes comunicaciones (Menéndez, 1980), con el fin de evitar esto, los P.S. deben emplear estrategias destinadas a verificar la comprensión.

3.3.7. El apoyo social.

Varios estudios (Buendía, 1991 y Cortés & Cantón, 1999) han puesto de manifiesto que los lazos sociales actúan no sólo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que pueden producir determinados acontecimientos de la vida sobre la salud.

A pesar de los beneficios demostrados, para la salud y la adherencia, el apoyo social en ocasiones, también puede inhibir la adhesión (Meichenbaum & Turk, 1991). Así, diversas investigaciones han demostrado que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico; un cónyuge que genera culpabilidad; o unos padres excesivamente ansiosos, indulgentes, rígidos y controladores, pueden provocar un "efecto boomerang" que resulte en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica; asimismo, la falta de interés y el rechazo manifestado por personas significativas, puede representar otro obstáculo.

Los "beneficios" que puede obtener el paciente con los cuidados concedidos por su familia, también se relacionan con la adherencia. En este sentido, Funch y Gale (1986) demostraron que el mejor predictor de quién permanecería en un tratamiento contra el dolor temporomandibular era la actitud de la familia hacia el dolor del paciente, en este sentido, aquellos pacientes que percibían que su familia estaba irritada, disgustada con ellos o que les brindaba menor apoyo, tenían más probabilidad de permanecer en el tratamiento, mientras que aquellos que señalaban que su familia era solícita ante el dolor, tenían más probabilidad de abandonar el tratamiento, en este caso el dolor parecía servir como fuente de ganancias secundarias.

Incorporar simplemente a otros miembros de la familia o "personas de apoyo", no garantiza que estas proporcionen un "buen apoyo", especialmente porque es importante que la atención se dirija hacia la naturaleza del apoyo, en lugar de a su mera presencia. En algunos casos, los familiares pueden tener buenas intenciones y pueden intentar ser un apoyo, pero tal vez no lo hagan de la manera más adecuada.

Es importante tener en cuenta que los regímenes extensos de auto cuidados, afectan no sólo al paciente, sino también a su familia y muchas veces no saben cómo abordar una situación como esta; se sienten cansadas, tienen dudas sobre si lo que están haciendo es lo más adecuado. Además, los distintos miembros de la familia pueden tener criterios diferentes (unos son más rígidos, otros más permisivos) que ocasionan enfrentamientos; para evitar o reducir esta situación lo mejor es proporcionar información, entrenamiento y ofrecer apoyo, de hecho, las familias que han recibido algún tipo de entrenamiento o asesoramiento no sólo mejoran su adaptación a la situación, sino que también favorecen la adherencia al tratamiento (E. Garrido, 1993).

Otro tipo de apoyo social que puede beneficiar la adherencia al tratamiento, son los grupos de apoyo, estos pueden ser utilizados tanto por el paciente como por sus allegados. Existen numerosos grupos para una gran diversidad de poblaciones clínicas (diabéticos, alcohólicos, pacientes con dolor, con cáncer, etc.).

3.3.8. Variables de la organización de los servicios de salud.

Hay variables relacionadas con la organización de los servicios de salud que han demostrado pueden favorecer o dificultar la adherencia a los tratamientos, como son: la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia.

Cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente (que el paciente sea visto por el mismo P.S. en sucesivas consultas o sepa a qué profesional acudir en caso de duda o un problema) mayor será su probabilidad de adhesión (Meichenbaum & Turk, 1991).

Otra variable de la organización importante que se debe tener en cuenta son las citas, el cumplimiento de estas, es una de las conductas incluida en la adherencia al tratamiento, como lo es tomar la medicación o realizar correctamente un régimen dietético.

En relación a las citas, Cuevas et al. (Cuevas et al., 1996) calcularon que la tasa de incumplimiento con la primera cita concertada en una unidad de salud mental era de 21%, mientras que para la segunda y tercera cita registró un incumplimiento de 37,8% y 41,9% respectivamente.

Variables como la edad, nivel cultural, estado civil, situación laboral o diagnóstico del paciente, no ejercieron alguna influencia significativa sobre el cumplimiento; por otra parte, algunas de las razones utilizadas mayor frecuencia por los

pacientes como una justificación fueron el olvido de la cita concertada por diversos motivos y la negativa expresa a acudir por no considerar necesaria la consulta.

La probabilidad de que se suspenda una cita, puede considerarse como otra de las variables de la organización relacionada con la adherencia; como se ha indicado anteriormente, la conducta de adherencia decae con el tiempo por lo que, en muchos casos, especialmente en tratamientos muy largos (enfermedades crónicas) se necesitará de intervenciones de seguimiento dirigidas a continuar la educación del paciente, en muchas ocasiones, los pacientes tienden a interrumpir los tratamientos en cuanto se encuentran mejor, por eso es importante que el P.S. eduque al paciente y a su familia sobre la importancia de la conducta de adherencia y la forma de conseguirlo. Los programas educativos deben hacer referencia a que encontrarse mejor no significa necesariamente estarlo, se debe ayudar a los pacientes a comprender que el tratamiento debe ser continuo y que nunca debe ser interrumpido prematuramente sin la supervisión del P.S.

3.3.9 Relaciones entre estilos de afrontamiento y adherencia al tratamiento.

Existen estudios en los cuales se señala que existe una asociación entre los estilos de afrontamiento y la adherencia al tratamiento. Los pacientes con diabetes que demostraron tener un mayor nivel de estrés, estrés emocional alto, estrés relacionado al régimen de tratamiento y estrés en las relaciones interpersonales producto de su enfermedad, presentaron una baja adherencia al tratamiento; mientras que el estrés asociado con respecto al plan médico, no presenta correlaciones significativas con la adherencia al tratamiento (Ortiz, 2006). Si bien es cierto, aunque no sean pacientes con cáncer, la diabetes es una enfermedad crónica cuyas necesidades de tratamiento representan un alto costo conductual para el paciente.

El tipo de afrontamiento al que se adecua cada paciente se relaciona con la adherencia al tratamiento, aquellos pacientes que afrontan la enfermedad con tan sólo querer evitarla, son los que presentan un bajo control metabólico y quienes afrontan el problema centrándose en la emoción y, por ende tendrán bajos niveles de adherencia al tratamiento (Ortiz, 2006).

Algunas pruebas que se han hecho con anterioridad, demuestran que se puede apreciar la existencia de una asociación entre el estilo de afrontamiento afectivo y el estrés relacionado al régimen de tratamiento, lo cual representa que aquellos pacientes que afrontan de modo afectivo la enfermedad, podrían presentar mayor estrés al tratamiento, lo mismo tendería a ocurrir entre el estilo de afrontamiento y el estrés asociado a la percepción de las relaciones interpersonales (Ortiz, 2006). Se han reportado bajas tasas de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas (50%). Asimismo, los factores psicosociales estarían relacionados con la adherencia al tratamiento (Ortiz, 2011).

De igual forma, no se encontró relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva, apoyo social percibido y estilos de afrontamiento con la adherencia al tratamiento, la variable estrés se vincula de forma negativa con la variable apoyo social percibido y de forma positiva con la sintomatología depresiva; es decir, mientras mayor es el apoyo social percibido, menor es la sintomatología depresiva.

Dentro de las conductas¹⁸ de auto cuidado, aquellos pacientes que presentan mayor cumplimiento de las indicaciones médicas tienen mayor frecuencia en conductas de auto monitoreo, por otro lado, el consumo de medicamento que el médico receta y/o recomienda al paciente para una brindarle una mejor evolución en su enfermedad se asocia positivamente a la variable de apoyo social

¹⁸ Manuel Ortiz, Eugenia Ortiz, Alejandro Gatica y Daniela Gómez. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento. 2015, de Scielo Sitio web: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100001&script=sci_arttext

percibido por el paciente (Ortiz, 2011). Esto beneficiará al paciente en seguir las indicaciones médicas de la mejor manera en comparación con los pacientes que tienen un ingreso menor y que se encuentran interesados en comprar algo especial ya que se verá obstaculizado por sus ingresos.

En cuanto a los estilos de afrontamiento, aquellos sujetos con mayor tendencia al afrontamiento evasión, presentan mayor nivel de estrés y mayor sintomatología depresiva; del mismo modo, aquellos sujetos que tienden en su mayoría a un afrontamiento centrado en la emoción, presentaron una sintomatología depresiva mayor y menor percepción de apoyo social (Ortiz, 2011).

PROPUESTA.

El cáncer de mama en la actualidad, es una enfermedad que pone en una situación muy difícil tanto a las pacientes diagnosticadas como a los familiares de ellas; es importante tener el estudio para poder “ir de la mano” tanto de la paciente como de la familia y así ayudarles a hacer de esta experiencia menos difícil, tener en cuenta que no todas las pacientes reaccionan de igual forma y por lo tanto saber qué tipos de ayuda se les puede proporcionar.

Se debe tener claro que la mama forma parte importante de la identidad femenina y que con la presencia del cáncer, esta identidad se ve afectada teniendo que afrontar el riesgo de perder una o ambas mamas; por lo que es importante trabajar con la autoestima a base de un buen afrontamiento a su situación de enfermedad y para elevar las posibilidades de una probable cura, con la adherencia al tratamiento médico de la mano con el tratamiento psicológico.

El objetivo primordial de la presente tesina, es medir algunos aspectos respecto al afrontamiento de las pacientes ante su enfermedad y así entenderlas un poco más para llegar al mejor tratamiento psicológico/terapéutico individual y familiar necesario para que la calidad de vida en su trayecto de “lucha contra el cáncer de mama” sea lo mejor posible.

El cáncer de mama es una de las enfermedades que más repercuten en la mujeres mexicana, marcando la vida en muchas de ellas, ya que tal vez no han padecido de esta, pero que sin duda alguna tendrán algún conocido que si haya tenido que batallar a lo largo de su tratamiento y proceso de adaptación al mismo.

CONCLUSIONES.

La existencia de un Dios o un ser superior dentro de cada una de las religiones en el mundo es un tema controversial dentro de un contexto médico, ya que no se sabe si sea algo real o un simple acto de superación personal inter-motivacional, pero que aunada a la creencia pueden medirse e impactar directamente en el apego al tratamiento, lo cual podría definitivamente favorecer o desfavorecer el progreso de la curación alopática.

Identificar los rasgos en cada paciente con cáncer de mama, plasmados en sus respuestas a través de las pruebas que se pueden aplicar, ayudarán de forma importante a que la calidad y calidez de vida tanto de la paciente como de su familia marche lo mejor posible.

Aspectos como la religión, nivel socioeconómico, educación y el apoyo familiar, influyen de manera significativa el afrontamiento y la adherencia al tratamiento que las pacientes pasan a lo largo de su enfermedad, por ello, es importante conocer y evaluar esos aspectos.

REFERENCIAS WEB.

- Alcarar (2017), Asociación de estilo de afrontamiento, errores cognitivos y variables relacionadas con el cáncer con depresión en mujeres tratadas por cáncer de mama, recuperado (PubMed.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22859828>
- Fischer (2012), A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer, recuperado (Ncbi.nlm.nih.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23006141>
- Maarten J. Fischer (2012), From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer, recuperado (british journal of health psychology) de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.20448287.2012.02100.x/abstract>
- De Vries J. (2014),Cómo los sobrevivientes de cáncer de mama lidiar con el miedo a la recurrencia: un estudio de grupo de enfoque, recuperado (Ncbi.nlm.nih.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24193220>
- Christina H. Jagielski (2013), Un fénix que se levanta: ¿quién se considera un "superviviente" después de un diagnóstico del cáncer de pecho?, recuperado (Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de Salud) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652658/>
- Lubián López (2014), Endometrial polyps in obese asymptomatic pre and postmenopausal patients with breast cancer: is screening necessary?, recuperado (Ncbi.nlm.nih.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24680592>
- Kim HJ (2014), Cambios en los niveles séricos de hidroxivitamina D de pacientes con cáncer de mama durante el tratamiento con tamoxifeno o quimioterapia en pacientes con cáncer de mama premenopáusico, recuperado (Ncbi.nlm.nih.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24703104>
- Watson J.(2008), Ajuste mental a la escala del cáncer: propiedades psicométricas en una cohorte grande del cáncer, recuperado (Ncbi.nlm.nih.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18626853>
- Hajian S, Mehrabi E, Simbar M, Houshyari M, Zayeri F, Hajian P. (2016), Diseño y Evaluación Psicométrica del Ajuste al Inventario de Medidas de Enfermedad para Mujeres con Cáncer de Mama, recuperado (PubMed.gov) de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Coping+styles+of+breast+cancer>

- Manuel Salvador Ortiz (2004), Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento, recuperado (scielo.cl) de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100002
- Noelia Palacio Incera (2012), Aspectos psicológicos en el cáncer de mama, recuperado (ocw.unican.es) de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermedades-quirurgicas-de-la-mama/material-de-clase-1/Psicologia.pdf>
- Gloria Rosen (2017), Biopsia del seno, recuperado (American cancer society) de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003175-pdf.pdf>
- Jesús Rodríguez-Marín, M. ángeles Pastor, Sofía Lopez-Roig (2014), Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad, recuperado (Revista de la universidad de Oviedo) <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7199>
- Rosa Elena Ornelas Mejorada, Mónica Anahí Tufiño Tufiño, Ariel Vite Sierra, Olivia Tena Guerrero, Angélica Riveros Rosas y Juan José Sánchez Sosa (2013), Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia, recuperado (Psicología y Salud) de <http://uv.mx/psicysalud/psicysalud231/231/Rosa%20Elena%20Ornelas%20Mejorada.pdf>
- Dr. Antonio Cano Vindel (2013), Afrontamiento, recuperado (SEAS) de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrota.htm>
- Yamilet Ehrenzweig Sánchez (2007), Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer, recuperado (urosario.edu.co) de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/554/476>
- Gil García León y Jarana (2014), La relación entre paciente y los PS, recuperado (universidad de Cantabria) de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.5.5-la-relacion-entre-paciente-y-los-ps>
- Manuel Ortiz, Eugenia Ortiz, Alejandro Gatica y Daniela Gómez (2011), Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento, recuperado (SCIELO) de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082011000100001&script=sci_arttext

- Aspectos psicológicos del cáncer de mama (2008), recuperado (Enfermeriacancerdemama.blogspot.mx) de <http://enfermeriacancerdemama.blogspot.mx/2008/02/aspectos-psicologicos-del-cancer-de-mama.html>
- Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (2016), recuperado (Instituto nacional de estadística y geografía) de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf
- Biblioteca nacional de medicina (2015), recuperado (nlm.nih.gov) de [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus\(spanish/ency/article/000913.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm)
- Tratamiento del cáncer de seno (2017), recuperado (Instituto nacional del cáncer) <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq#section/all>
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (2010), recuperado (Secretaría de salud) de <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/05/NOM-015-SSA2-2010.pdf>
- Germán Enrique Silva, Esmeralda Galeano, Jaime Orlando Correa (2005), Adherencia al tratamiento, recuperado (SCIELO) http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COPE.

REFERENCIAS ORIGINALES:

- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

REFERENCIA DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA:

- Crespo, M. & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación Española del cuestionario COPE con muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.

OTRAS REFERENCIAS DE INTERÉS:

- Muñoz, M. & Bermejo, M. (2001), Entrenamiento en inoculación de estrés. Madrid: Síntesis. (2016, 04). Cáncer de seno (mama): Tratamiento. Instituto nacional del cáncer. Obtenido 03, 2014, de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-dq#section/all>
- Mohar. A. (2009, 01). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. Scielo. Obtenido 05, 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800017
- <https://www.google.com.mx/search?q=WHOQOL+BREF&oq=WHOQOL+BREF&aqs=chrome..69i57.2138j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

ANEXO A.

Escala COPE, instrumento compuesto por varias sub-escalas que hacen referencia a los distintos modos de afrontar el estrés.

