

**Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad de Psicología**



**Tesis en Opción al Grado Académico de Máster en
Psicología Médica**

**Título: Particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de
mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad.**

Autora: Lic. Olga Lidia Álvarez Reyes.

Tutora: Dra. C. Vivian M. Guerra Morales.

Asesora Estadística: Dra. C. Gladys Casas Cardoso.

**Santa Clara
2015.**

Aunque el sol se ponga y se calle el viento.

Aún hay fuego en tu alma.

Aún hay vida en tus sueños.

Mario Benedetti

A mi hijo Liván Ernesto, por supuesto.

*A Lisa Lauren, que se esfuerza tanto en sus metas, para que siga así,
superándose por ser cada día mejor.*

A mi abuelo y a Nina, que ya no están.

*Este trabajo está dedicado especialmente a todas las mujeres con cáncer de
mama, constituye un paso más en las investigaciones para elevar su calidad de
vida; que les sirva para que sean cada vez más fuertes, y continúen la batalla
contra el cáncer; se puede y se debe.*

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo, por ser la principal razón de mi vida, y por su cariño.

A mi familia por su invaluable ayuda, especialmente a mi mamá por su preocupación, y por estar a mi lado, y a mi hermana que siempre está cerca a pesar de sus problemas de salud, y sus tantas ocupaciones laborales y familiares; sin ellas no habría sido posible. También a mi tía Emilia, por su apoyo; a mi papá, él hace lo que puede; y a Ana Gloria por sus frases de estímulo.

A Olguita, que a pesar de estar lejos me ha ayudado siempre, aunque ella no sabe cuanto. Mi gratitud, por su importante contribución, a Elvis, a Dilaimis, y a David por su incondicionalidad y cariño.

A todos los profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, por acogerme nuevamente; específicamente a los de la Maestría, por su exigencia y ejemplo.

Mi agradecimiento especial para mi tutora, la Dra. C. Vivian Guerra, que confió en mí desde el principio, que a pesar de ser una persona tan ocupada me brindó en todo momento su apoyo profesional y humano.

A la MSc. Vanessa E. Montiel, co-tutora de la investigación, por su paciencia, ayuda, y valiosas orientaciones.

A la Dra. C. Gladys Casas por su esmero en el procesamiento estadístico, a pesar de la premura; y por su sencillez.

A mis compañeros de trabajo, por no cansarse de motivarme, y por la ayuda necesaria brindada a lo largo del camino, en uno u otro momento, que contribuyó a la consecución de esta meta; especialmente a Dairon, que me ayudó en la etapa inicial, en un momento difícil de mi vida personal.

A mis vecinos, que cada uno hizo su aporte para ayudarme.

A las pacientes que participaron en la investigación, por su valiosa cooperación.

En fin, agradezco a todos los que de una forma u otra me han ayudado, apoyado, y hecho posible que este trabajo alcanzara los objetivos propuestos.

Muchas gracias.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo caracterizar las particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad del municipio de Cifuentes.

Se asumió el paradigma mixto predominantemente cuantitativo, siguiendo un diseño no experimental, se realizó un estudio descriptivo. Se empleó un sistema de técnicas psicológicas: Entrevista psicológica semi-estructurada a pacientes con cáncer de mama sobre afrontamiento a la enfermedad, Escala de modos de afrontamiento, Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B, Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI – 2, Test de Zung y Conde.

Para el análisis de los datos se empleó el procesamiento estadístico computacional utilizando el paquete SPSS versión 15.0, se complementó con la triangulación para el análisis cualitativo de datos.

Los resultados obtenidos demuestran que predomina el afrontamiento centrado en la emoción. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son: autocontrol, reevaluación positiva y distanciamiento que influyen en el juicio de control siendo en muchos casos ilusorio. El predominio de emociones positivas y negativas o la combinación estas, permitió identificar que el 53% de las pacientes tienen niveles medios de bienestar emocional, mientras que el 30% es alto y en el 17% es bajo. Se evidencia correlación positiva entre juicio de control y bienestar emocional, demostrando el valor de ambas variables para potenciar el afrontamiento efectivo de dichas pacientes. Como resultado de alto valor para la prevención se constató que la cirugía radical de mama tributa a la elevación de la supervivencia en las pacientes participantes en el estudio.

Palabras Claves: Afrontamiento, Cáncer de mama no metastásico, Intervalo libre de enfermedad, Juicio de control, bienestar emocional, estrategias de afrontamiento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	11
1.1 La Psicología Oncológica o Psicooncología	11
1.2 El cáncer de mama: Un gran desafío para la mujer contemporánea	14
1.2.1 Consideraciones acerca del diagnóstico del cáncer de mama en la mujer	16
1.2.2 Alternativas actuales para el tratamiento del cáncer de seno.....	20
1.2.3 Etapa de supervivencia en el cáncer de mama	23
1.3 Afrontamiento	31
1.3.1 Las estrategias de afrontamiento	44
1.3.2 El papel del control	47
1.3.3 Bienestar emocional y afrontamiento.....	51
CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	56
2.1 Paradigma de investigación.....	56
2.2 Diseño de investigación	56
2.3 Tipo de investigación.....	56
2.4 Contextualización de la investigación	56
2.5 Selección de la muestra	57
2.6 Operacionalización de variables.....	58
2.7 Métodos y pruebas psicológicas aplicadas	63
2.8 Procedimientos de la investigación	67
2.9 Análisis de los datos	69
2.10 Aspectos éticos de la investigación	72

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	73
3.1 Determinación de las particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad teniendo en cuenta el juicio de control, el bienestar emocional, las estrategias de afrontamiento y algunas variables moduladoras.	73
3.2. Relación entre los indicadores del afrontamiento juicio de control y bienestar emocional, y algunas variables moduladoras.....	90
3.3. Análisis integrador de los resultados	94
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En el pasado las enfermedades infecciosas constituían la mayor preocupación en el sector de la salud. Hoy, gracias a los avances en la medicina, y los programas políticos y sociales implementados (campañas de vacunación, de saneamiento, proyectos en la vivienda, la educación, etcétera) se ha logrado una mayor esperanza de vida para la población, pero a la par del desarrollo alcanzado han aumentado los factores de riesgo, favoreciendo el incremento de otras enfermedades y daños para la salud humana.

Este fenómeno de transición epidemiológica ha estado directamente asociado a los estilos de vida, los efectos del estrés y las emociones resultantes, a estilos de afrontamiento y patrones conductuales, a creencias y atribuciones, los cuales se constituyen en verdaderos agentes multiactuantes en la etiología de las llamadas “enfermedades aprendidas”: daño cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes, asma, afecciones reumáticas, entre otras.

Las enfermedades que hoy están en los primeros lugares de la morbilidad y mortalidad en el mundo son las cardiovasculares (infarto e hipertensión arterial), las neoplásicas, las cerebrovasculares, el asma bronquial y la diabetes mellitus. Actualmente el cuadro de morbilidad y mortalidad en Cuba coincide con el cuadro mundial, así las principales causas de enfermedad y muerte son las ya expuestas (Knapp, 2005).

Las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo, sin embargo las estadísticas demuestran un aumento de las enfermedades oncológicas en los últimos años, lo cual unido a sus consecuencias económicas, sanitarias y para la calidad de vida, las convierte en un importante problema de salud para la humanidad, que afecta a personas de todas las edades y condiciones: niños, jóvenes y ancianos; ricos y pobres; hombres y mujeres.

De manera general el cáncer se caracteriza por un crecimiento descontrolado y la posterior diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos. La carcinogénesis o aparición del cáncer ocurre como resultado de dos procesos: primero, el aumento descontrolado de la proliferación de un grupo de células que dan lugar a un tumor o neoplasia y la posterior adquisición de estas de capacidad

invasiva, que les permite diseminarse desde su sitio natural en el organismo, colonizar y proliferar (Weisburger & Willians, 2004).

En el mundo cada año mueren 6.7 millones de personas de cáncer, se diagnostican 10.9 millones de casos nuevos, y se calcula que existen 24.6 millones de personas que viven con la enfermedad. Si la tendencia continúa como hasta ahora, el número de casos nuevos de cáncer podría pasar de 10.9 millones a 16 millones en 2020, casi un incremento del 50 %, de ellas dos tercios vivirán en países en desarrollo o en países de industrialización reciente, y morirán de cáncer 10.3 millones de personas (Organización Mundial de la Salud y Unión Mundial Contra el Cáncer, 2005; Schips, Zigeuner, Langner, Mauyer, Pummer & Hubmer, 2002).

El cáncer mamario, en el cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama, es la neoplasia más frecuente en la mujer a nivel mundial, responsable aproximadamente de uno de los 10 millones de neoplasias diagnosticadas cada año en ambos sexos. Se manifiesta como un nódulo palpable diferente al resto del tejido de la mama que se localiza en cualquier parte del seno y tiende a crecer rápidamente sin dolor. (Braunwald, 2002).

La tasa de incidencia es más alta en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos presenta la mayor incidencia (Gómez, Estévez y Santana, 2008). Es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer entre las mujeres de América del Norte y Europa Occidental; de las mujeres estadounidenses serán diagnosticadas 13 % con este tipo de neoplasia durante su vida y más de 3 % morirán de esta enfermedad, lo cual representa más de 400 000 muertes por año (Fritis, 2010). Ya resulta irónico que una neoplasia que nace en un órgano de tan fácil acceso a la exploración continúe cobrando un tributo tan alto (Díaz y Sánchez, 2004).

En el 2013 en Cuba los tumores malignos ocuparon, igual que el año anterior, la primera causa de muerte, con 22 868 defunciones, representando 17.6 años de vida potencialmente perdidos. En Villa Clara fue la segunda causa de muerte, después de las enfermedades del corazón, en cuanto a la morbilidad se detectaron 1834 nuevos casos, siendo la segunda provincia en el país, después de La Habana, con mayor número de casos de cáncer en la mujer (Anuario Estadístico, 2013).

El cáncer de mama específicamente constituyó la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer cubana, después del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, que es el que posee la tasa de mortalidad más elevada en ambos sexos; se reportaron 1434 fallecidas, apreciándose una tendencia al incremento, con una tasa de 25.6 por 100 000 mujeres, de ellas predominó el grupo de 60 a 79 años con 611 muertes y el de 40 a 59 años con 437. En incidencia el cáncer de mama está en segundo lugar, después de piel, entre todos los cánceres de la mujer, con 3198 casos, y una tasa de 57 por 100 000 mujeres, constatándose un aumento de casos a partir de los 40 años (Anuario Estadístico, 2013).

Se considera que el riesgo aumenta con la edad y el mayor número de casos nuevos se concentra en el grupo comprendido entre 40 y 60 años, diagnosticándose los mayores porcentajes en estadios avanzados (Programa integral para el control del cáncer en Cuba, 2011). Nuestra provincia es una de las más afectadas por este problema de salud, existiendo actualmente 312 mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad en Villa Clara.

La tasa de morbilidad ha crecido más rápidamente que la de mortalidad, vinculado a tratamientos más eficientes, lo que redundará en mayor índice de supervivencia de las pacientes, muchas de las cuales logran una evolución favorable después del tratamiento de elección, aunque siguen apremiadas por sus temores (Anuario Estadístico de Salud, 2010; RNC, 2011).

Si todas estas cifras son alarmantes, más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr (Martínez, 2006), y a ello se suma el enorme impacto psicológico que ocasiona esta enfermedad en la mujer. En la práctica clínica se aprecian en las supervivientes con cáncer de mama síntomas de ansiedad, depresión, disminución de la autoestima, transformaciones en la autovaloración asociados a los cambios que se producen en su imagen corporal, temor a la muerte, desesperanza, dificultades en las relaciones interpersonales de la paciente, en la esfera laboral, social y familiar, con un efecto especial en la sexualidad y las relaciones de pareja, entre otros aspectos, que demuestran la repercusión psicosocial, tanto de la enfermedad como de los tratamientos aplicados, que se caracterizan por ser dolorosos, mutilantes y agresivos.

Se considera que el impacto psicológico del cáncer de mama está mediatizado por la representación social que existe del cáncer en general y del de mama en particular, como un predador perverso e invencible, y no como una mera enfermedad, por la incertidumbre de sus causas y posibilidades de curación, así como por las afectaciones que provoca en la vida personal, familiar, social, laboral, de relación y sexual. Actualmente, a pesar de los avances alcanzados en la ciencia y la tecnología médica en cuanto al tratamiento y control de la enfermedad, la simple mención de la palabra cáncer se asocia a un sufrimiento prolongado, a un dolor insoportable y a la peor de las muertes (Roca, Castillo y Ledón, 1998, citado en Knapp, 2005).

Diversos autores coinciden al señalar que el cáncer de mama es una enfermedad muy compleja, mucho más que otros tumores, entre otras cosas por la naturaleza del órgano en el que se asienta la lesión. La mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja; debido a ello el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y “vividos” por la paciente de una manera singularmente delicada (Castillo, 2012; Castillo, Guerra, Gómez y Navarro, 2011; Castillo, Guerra, Gómez y Navarro, 2012; García y Domínguez, 2010; Rojas-May, 2006; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Un alto por ciento de las pacientes ven afectadas su vida familiar, social y sexual debido al impacto psicológico que provoca en ellas la asimetría corporal que caracteriza al tratamiento quirúrgico no conservador (Menéndez, 2007; Robles y Galanis, 2002).

Se señala que los problemas psicológicos que presentan las pacientes se asocian fundamentalmente a dos grandes aspectos: a) el referente a cómo afrontar el diagnóstico y la enfermedad en sí sin desfallecer, para poder tomar las decisiones más acertadas, y b) como aceptar la nueva imagen corporal tras la extirpación del seno (mastectomía), que aún se sigue realizando, a pesar de los avances en el tratamiento de la enfermedad, y que da al traste con las pretensiones de sentirse atractivas ante sí mismas y ante los demás (García y Domínguez, 2010).

En este sentido un área poco trabajada dentro de la Psicooncología lo constituye la evaluación e intervención psicológica en los sobrevivientes de cáncer, en los llamados “intervalos libres de enfermedad”. Precisamente en estos llamados “intervalos libres de enfermedad”, donde la enfermedad no está activa, los pacientes continúan

preocupándose por miedo a la recaída, sensaciones de daño físico e infertilidad y experimentan una sensación de disminución del control, de vulnerabilidad e incertidumbre sobre el futuro (Grau, 2005).

Si bien la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para combatir el cáncer de mama, muchas pacientes siguen enfrentando un gran desafío para su salud mental y emocional, aun mucho después de haber concluido el tratamiento activo, por lo que pueden padecer una amplia gama de trastornos y no logran recobrar su estado de bienestar anterior a la enfermedad (Pino, 2014).

Algunos estudios asocian estos trastornos con una peor calidad de vida en los pacientes supervivientes. Asimismo, en la literatura sobre salud mental de los supervivientes se ha destacado el potencial para la depresión y la ansiedad. La prevalencia para la depresión en personas con cáncer se estima que va desde el 0 al 58% y la de ansiedad desde el 6 al 23% (Andrykowski *et al.*, 2008).

También se ha descrito otro tipo de sufrimiento emocional que puede repercutir negativamente en la calidad de vida. Es el caso de la ansiedad por la posible recaída futura del cáncer o el pensamiento recurrente de que la vida será más corta para ellos. El miedo a la recurrencia puede influir sobre la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (Weitzner *et al.*, 1997). En un estudio realizado por Mehnert (citado en Pino, 2014) se encontró que el 23,6% de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama presentaban niveles moderados o altos de miedo a la progresión.

Dado que las pacientes sobrevivientes con cáncer de mama que se encuentran en este intervalo libre de enfermedad presentan características y necesidades diferentes al resto de los pacientes que aún están recibiendo tratamiento activo, nuestra investigación se centra específicamente en estas pacientes.

Por otra parte cuando aún no se ha extendido a otros órganos, se clasifica como cáncer no metastásico y la sobrevida puede ser larga, por lo que se necesita aprender a convivir con él, de la forma más positiva posible. El estudio de la mujer con esta enfermedad, impone necesariamente una distinción con respecto a la condición metastásica, por el peculiar grado de deterioro de la calidad de vida que diferencia ambos diagnósticos (Castillo, 2012; Maldonado, 2008; Simón & Petrucelli, 2009).

El cáncer de mama desde sus primeros síntomas, diagnóstico y tratamiento, hasta la sobrevida o enfermedad terminal, impone intensos esfuerzos adaptativos enfocados a conservar la integridad de la propia valía, ante el daño físico y emocional (Castillo, 2012; Fawzy & Fawzy, 1994; Fernández, 2004; González, 2009; Hyland, 2011; Sebastián et al., 2007).

Por eso, para poder intervenir psicológicamente, resulta necesario conocer cómo afrontan la enfermedad, proceso complejo que está mediado por la personalidad, y que no se reduce a su dimensión cognitiva. A los efectos de esta investigación, se considera el afrontamiento como un proceso dinámico, complejo, personalizado, de naturaleza cognitivo – afectiva, que surge de la vivencia y a su vez la determina, donde el sujeto valora sus potencialidades, recursos y limitaciones, adaptables a las necesidades de la situación, y le atribuye un significado personal a la misma; caracterizado por la presencia de expresiones de bienestar emocional y juicio de control del proceso, que le permiten responder a las diferentes demandas de su vida cotidiana, y en especial las relacionadas con su enfermedad, contextualizada en una situación social de desarrollo dada.

Coincidimos con presupuestos teóricos para la comprensión de la personalidad de Fernández (2002) quien concibe la personalidad como la organización, la integración más compleja y estable, de contenidos y funciones psicológicas que intervienen en la regulación y autorregulación del comportamiento en las esferas más relevantes para la vida del sujeto; esta autora destaca que es el máximo nivel integrador de la subjetividad individual, que en la base de esta integración y de la función de regulación está la unidad de procesos cognitivos y afectivos, constitutiva de sentidos psicológicos, y que su núcleo es la esfera motivacional.

También partimos de postulados del enfoque histórico cultural, en cuanto a la determinación histórico–social de lo psíquico, y el principio de la actividad entendida como la forma en virtud de la cual lo social se transforma en psicológico en un tránsito de lo externo a lo interno a través de la interiorización (Fernández, 2006; Vigotsky, 1986). Se asumen postulados sobre la determinación del desarrollo psicológico a partir de una situación social de desarrollo, singular y susceptible de ser superada, desarrollo que está en constante determinación por las interrelaciones personales y las circunstancias vitales y culturales.

Desde esta perspectiva, se toma como referente el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad. Partiendo de este modelo se considera que tanto la salud como la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos (cognitivos, afectivos, comportamentales) y sociales, los cuales influyen tanto en el proceso de surgimiento de una enfermedad y su evolución, como en el mantenimiento de la salud; desde esta perspectiva debemos considerar los mencionados factores tanto en la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento del enfermo, y las acciones sanitarias de rehabilitación.

Además, aunque varios estudios han demostrado la afectación psicológica asociada al cáncer de mama, y la importancia de que existan programas especiales para disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y la falta de atractivo que experimentan las pacientes, no existe en la atención primaria de salud, hasta la fecha, un programa nacional instaurado para el seguimiento psicosocial de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, que carecen en ocasiones de escenarios y momentos de intercambio entre pares y especialistas.

En nuestro territorio se aplica, en la atención secundaria, una estrategia de intervención psicoterapéutica integrativa, para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico que reciben tratamiento en el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”, (Alfonso, 2008; Castillo, 2012; González y Bermúdez, 2008; Maldonado, 2008; Montiel, 2009). Sin embargo estas pacientes se encuentran la mayor parte del tiempo en la comunidad, con excepción de la asistencia al hospital para su seguimiento, que es en esta etapa con menor frecuencia, semestral al principio, y después anual, por lo que constituye una necesidad de los departamentos de psicología, en la atención primaria de salud, la organización de la atención psicológica a las pacientes con cáncer de mama, sobre todo de las supervivientes, en intervalo libre de enfermedad.

Esto quedó demostrado en la investigación de Bartuste (2014) con el objetivo de conocer las particularidades de la atención psicológica que actualmente se está brindando a las pacientes con cáncer de mama en el intervalo libre de enfermedad, desde la atención primaria de salud, y de evaluar la necesidad de un programa psicoeducativo desde el criterio de los usuarios, donde se identificaron dificultades en este particular.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la investigación se inserta en la primera etapa del ciclo de intervención social, referida a la identificación del problema y de las necesidades, para el diseño, implementación y evaluación de un programa psicoeducativo, aplicable en la atención primaria de salud, con el propósito de desarrollar el afrontamiento efectivo a la enfermedad, que tribute a potenciar el bienestar emocional, en pacientes con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad.

Fernández- Ballesteros (1996) plantea que este primer momento del ciclo de intervención supone la existencia de un problema, y de las necesidades que de él se derivan, por lo que el primer paso de toda intervención supone el análisis de los problemas y de las necesidades, es decir su evaluación; añade que la evaluación de necesidades es un tipo riguroso de examen que precede al programa.

Se justifica así la investigación, ubicada dentro de la prevención terciaria, encaminada a caracterizar el afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico, en intervalo libre de enfermedad. En este sentido es que nos planteamos el siguiente problema científico:

Problema científico:

¿Cuáles son las particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad?

Para dar solución a este problema investigativo los objetivos son:

Objetivo General:

Caracterizar las particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad de Cifuentes.

Objetivos específicos:

1. Determinar las particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad teniendo en cuenta el juicio de control, el bienestar emocional, las estrategias de afrontamiento y algunas variables moduladoras.
2. Establecer las relaciones que existen entre juicio de control y bienestar emocional y algunas variables moduladoras del afrontamiento.

La novedad de la investigación se concibe desde la concepción del afrontamiento como un complejo proceso personalizado, de naturaleza cognitivo-afectiva, considerando el bienestar emocional tributando al afrontamiento, aunque a su vez es resultante del mismo;

asimismo la consideración de la mediación de la personalidad y la participación de los recursos personológicos de cada sujeto en este proceso, dependiendo de su situación social de desarrollo concreta. Además por enfocar la atención en las pacientes con enfermedad oncológica de la mama en la etapa de supervivencia, en el intervalo libre de enfermedad, un área poco trabajada de la Psicooncología, y por fomentar el trabajo psicológico con estas pacientes desde la atención primaria de salud donde existen debilidades en este particular.

Desde el punto de vista teórico la investigación contribuirá a definir la variable en estudio, **afrontamiento**, y sus indicadores de análisis, así como a profundizar en el estudio de este complejo proceso en mujeres supervivientes de cáncer de mama; mientras que su principal aporte metodológico es la propuesta de un sistema de técnicas para evaluar el proceso de afrontamiento en este grupo específico de pacientes, que pueden ser consideradas para futuras investigaciones del tema.

El valor para la práctica profesional es que permitirá mejorar la atención psicológica de estas pacientes en la atención primaria de salud, por su aporte al diagnóstico psicológico, y por ser el punto de partida para la implementación futura de programas psicoeducativos u otras intervenciones psicológicas, encaminadas a favorecer el afrontamiento efectivo, una mejor adaptación a la enfermedad, y con ello la potenciación de evoluciones más favorables, el incremento de la supervivencia, y de la calidad de vida de las pacientes con esta enfermedad, ofreciendo una importante contribución en cuanto al enriquecimiento de la Psicooncología y su proyección comunitaria. De ahí su beneficio social.

El informe de la investigación consta de tres capítulos, además de la introducción, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. En el primer capítulo se abordan los fundamentos teóricos fundamentales sobre la Psicooncología, una breve panorámica sobre el cáncer, enfatizando en el cáncer de mama, consideraciones sobre su diagnóstico y tratamiento y particularidades de la etapa de supervivencia, específicamente el intervalo libre de enfermedad; además se define el afrontamiento, en relación con el control, las estrategias de afrontamiento y el bienestar emocional, considerando la implicación de la personalidad y su función reguladora y autorreguladora del comportamiento.

En el segundo capítulo se exponen los elementos referidos al diseño metodológico de la investigación, especificando el paradigma de investigación, su diseño, el tipo de estudio, su contextualización, las características de la muestra seleccionada, se define la variable y sus indicadores, los métodos y técnicas empleados en el proceso de obtención de la información, así como los procedimientos de la investigación, el análisis de los datos y los aspectos éticos considerados.

En el tercer capítulo se realiza el análisis cuanti- cualitativo de los resultados obtenidos, a partir de la integración de los mismos. Por último se arriba a conclusiones y recomendaciones, se plantean las referencias bibliográficas y los anexos del trabajo para su posible consulta.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 La Psicología Oncológica o Psicooncología

La relación de factores emocionales con el estado de salud general, y particularmente con el cáncer, ha sido sugerida desde la antigüedad. Desde el inicio de la historia de la medicina, el “padre de la medicina”, Hipócrates, mencionó en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, señalando una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad, incluso ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer.

Galeno, en la misma línea, fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer; en su tratado sobre los tumores “De tumoribus” señaló que las mujeres de temperamento melancólico eran más propensas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo. Desde entonces, la relación y vinculación clínica entre estas tres variables, personalidad-estrés-cáncer, es frecuente en los tratados de medicina.

Sin embargo no es hasta la década de los 50 del pasado siglo cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en el desarrollo del cáncer, generando un interés considerable y múltiples investigaciones en el ámbito científico, con el objetivo de conocer hasta qué punto determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir al mismo. A pesar de los problemas metodológicos que han tenido muchas de estas investigaciones, y que los resultados obtenidos en algunas de ellas no han sido concluyentes, los datos señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas al origen y evolución de esta patología.

La mayoría de los trabajos empíricos que recoge la literatura pueden enmarcarse en cuatro grandes áreas: a) búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer, b) estudio de la influencia de situaciones estresantes y emociones negativas tales como ansiedad, ira y depresión, c) análisis de los estilos de afrontamiento que las personas con cáncer ponen en marcha ante la enfermedad y su repercusión en la evolución de la misma y d) tipo de intervenciones psicológicas que pueden ser más

efectivas para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y tratamiento de esta enfermedad (Arbizu, 2000).

Hoy se sabe que los factores psicológicos inciden siempre, de forma directa o indirecta, positiva o negativamente, en todos los trastornos y enfermedades, incluyendo las neoplasias malignas que hasta hace poco tiempo eran consideradas eminentemente somáticas. Muchos autores coinciden en señalar que un 80% de las causas del cáncer son ambientales, y particularmente de comportamiento, partiendo de que el elemento carcinógeno más importante es el propio comportamiento humano, por lo que el cáncer podría evitarse en gran medida si se modificaran los patrones de conducta (Arbizu, 2000; Bayés, 1991; Knapp, 2005).

Por todas estas razones la labor del psicólogo en la atención al paciente oncológico y su familia es cada vez más demandada, igualmente los conocimientos y recursos psicológicos son frecuentemente necesitados por médicos, enfermeras y demás miembros de los equipos de atención integral a estos pacientes.

En este marco, y hace ya más de dos décadas, ha surgido la *Psicooncología*, un campo de la psicología de la salud que centra su estudio e intervención sobre los factores psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del paciente, sus familiares y el equipo de salud, así como sobre los factores comportamentales que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuir la supervivencia con el empleo de categorías, conceptos, métodos, y técnicas propias de la psicología (Bayés, 1991, 1999; Grau, 2001; Grau, LLantá y Chacón, 1998,2000; LLantá, Grau y Chacón, 1996). Se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación (Arbizu, 2000). Aúna los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprehensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Durá e Ibañez, 2000).

En líneas generales, la contribución de la Psicología en la lucha contra el cáncer se puede resumir en diferentes aspectos referentes a la intervención psicológica a nivel de la prevención primaria, secundaria y terciaria (Bayés, 1984; Clariana y Alfonso, 2012). La presente investigación se enmarca en la prevención terciaria, cuyo objetivo es evitar complicaciones y recaídas, centrada en una evolución positiva de la enfermedad.

Una de las grandes áreas de la Psicooncología son las intervenciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, de sus familiares y de los miembros del equipo de salud que les atiende (Cassileth, 1995; Grau, LLantá y Chacón, 1998; Grau, 1999, 2001).

Las principales tareas de la Psicooncología se orientan tanto a la prevención y educación del cáncer, como a intervenciones para el ajuste tras el diagnóstico, asesoría en la información y la comunicación con pacientes y familiares, asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer, desmitificación o desestigmatización del cáncer como enfermedad, intervenciones con fines adaptativos o de disminución de síntomas ante problemas asociados a la enfermedad o a los tratamientos oncoespecíficos, y rehabilitación psicosocial del enfermo oncológico aparentemente controlado (Bartuste, 2014; Castillo, 2012; Grau, 2005; Grau, 2001; Grau, LLantá y Chacón, 1998; LLantá, Grau y Chacón, 1996; Pino, 2014).

Un aporte importante de la Psicooncología ha sido la disminución de la vulnerabilidad personal ante la enfermedad, mediante el control de estrés, aumentando los recursos personales de resistencia (afrontamiento y actitudes en la búsqueda de ayuda médica ante los signos de alerta, ante la necesidad de tratamientos difíciles), contribuyendo a potenciar la autonomía y la responsabilidad del enfermo, controlando síntomas e incomodidad emocional, preservando el máximo bienestar subjetivo posible. Asimismo puede aumentar la responsabilidad y autonomía del propio sujeto, con incremento en la percepción de controlabilidad sobre su situación, lo cual disminuye el estrés, le permite afrontamientos más eficaces, incrementa la adherencia y mejora su calidad de vida (Grau, 2005).

En Cuba la Psicología Oncológica es un campo particular de la Psicología de la Salud que se desarrolló desde finales de la década del 80; parte de la concepción de que los factores psicológicos: cognitivos, emocionales, motivacionales y de comportamiento, influyen en el proceso de enfermar, acompañan toda la evolución de la enfermedad, participan en el proceso de rehabilitación del paciente y, por supuesto, en la prevención de la enfermedad (Knapp, 2005).

Los psicólogos cubanos, insertados en distintos niveles de atención sanitaria, han expresado un notable interés en este campo y en fecha reciente han sentado las bases para el reconocimiento de una sección de Psicooncología, dentro de la Sociedad Cubana

de Psicología de la Salud, coincidente en sus formulaciones con los presupuestos generales de la Psicología, aplicada a la salud (Castillo, 2012; Grau, 2011).

Estas directrices se proyectan a trabajar con una óptica integrativa, en potenciar las capacidades de enfrentamiento y adaptación de los pacientes, descubrir las fortalezas de las personas, las posibilidades de redes de apoyo y las vías factibles para estimularlas, de modo que le brinde al paciente un camino activo de lucha contra su enfermedad, reintegrándole la sensación de control sobre su vida, tan importante para muchos e imprescindible para disminuir las tendencias a los trastornos mentales resultantes del estrés (Castillo, 2012; Grau, 2011; Grau, Llantá y Massip, 2005; Herrera y Delgado, 2008).

Uno de los principales retos de la investigación están en el control de las emociones y mejoría de los afrontamientos ante la enfermedad, influencia de la respuesta psicológica en la supervivencia, ajuste a la enfermedad, tratamiento de disfunciones sexuales relacionadas con la enfermedad o sus tratamientos y en la dirección de grupos de apoyo psicológico y asesoría de grupos de autoayuda, pues el paciente se enfrenta a nuevas situaciones que demandan un ajuste de los recursos psicológicos para afrontar las mismas, proceso que ocurre durante toda la enfermedad, es por esto que la relación de ayuda implica proporcionar al paciente calidad de vida y bienestar, teniendo en cuenta la personalidad del sujeto y la patología en sí misma.

1.2 El cáncer de mama: Un gran desafío para la mujer contemporánea

Nuestro organismo está constituido por 30 billones de células que se relacionan entre sí, formando los tejidos del cuerpo humano, y crecen reguladas por factores complejos; cuando se alteran estas reglas de crecimiento controlado, surge el cáncer. Esta enfermedad crónica se conoce desde tiempos muy remotos; existen evidencias de su existencia en humanos desde la época de la antigua civilización egipcia debido a los hallazgos encontrados en las autopsias de algunas momias, así como en jeroglíficos y manuscritos. Hipócrates fue el primero en describir esta enfermedad dándole el nombre de “kankros”, palabra griega que significa cangrejo, por su similitud con este animal en cuanto a la forma en que atrapa y destroza a sus presas. Definió su grave pronóstico, estableció

las bases epidemiológicas, y describió por vez primera la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad (De Vita, 1886, citado en Knapp, 2005).

El *cáncer* es una proliferación celular desordenada debido a la pérdida de los mecanismos normales de control, que da como resultado un crecimiento desordenado, ausencia de diferenciación, invasión tisular local y, con frecuencia, metástasis (Beers, Porter, Jones, Kaplan y Berkwits, 2007; Beers y Berkow, 1999; Brime, Frutos, Ballesteros y Frances, 2000).

Benítez (2000) plantea que es una enfermedad de etiología multifactorial discutida, donde pueden jugar un papel importante la edad, el sexo, la raza, y la herencia, así como que se reconoce la presencia de factores de riesgo tales como las dietas, los estilos de vida y el medio en general, incluyéndose las infecciones por microorganismos, los que actúan sobre el genoma de las células como iniciadores o promotores tumorales en la transformación celular. Se plantea que la herencia y el ambiente son dos puntos de lo que se considera el espectro en cuyo centro se sitúan las causas de la mayor parte de las neoplasias encontradas.

Precisamente una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer es el cáncer de mama. Es una afección en la cual se forman células malignas en los tejidos de la mama. La mama está compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene de 15 a 20 secciones llamadas lóbulos, las cuales comprenden secciones más pequeñas denominadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que producen la leche materna. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos (Chaney *et al.*, 2000).

En particular el cáncer de seno consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los racimos de lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria (Bayo *et al.*, 2007; De la Garza & Márquez, 2007).

Diversas han sido las teorías que han estudiado la génesis de esta enfermedad tan común en nuestro medio, las que apuntan a la presencia de diversos elementos (Cortner, 1997), existiendo ciertos factores de riesgo comprobados que predisponen a su desarrollo, definiéndolos como las características biológicas, económicas, sociales o psicológicas que hacen a una persona o población tener mayor o menor probabilidad de padecer

determinada enfermedad, los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama en la mujer son (Alvarez, 2001; Rigol, 2010):

- Edad: Por encima de los 40 años.
- Nulíparas.
- Primer parto después de los 30 años de edad.
- Ausencia de lactancia materna.
- Menarquía temprana (menor de 10 años).
- Menopausia tardía (mayor de 55 años).
- Obesidad posmenopáusica.
- Tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia.
- Antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria.
- Antecedente personal de cáncer en mama, endometrio u ovario.
- Antecedente familiar cercano de cáncer mamario (factores hereditarios familiares, fundamentalmente la línea materna).
- Factores ambientales: Región de nacionalidad; dieta rica en grasa animal y pobre en fibra vegetal; alcohol; estrés; consumo prolongado de medicamentos: antidepressivos, antihipertensivos; radiaciones ionizantes.

Se conoce que el cáncer de mama afecta con mayor probabilidad a mujeres por encima de los 40 años y esta posibilidad aumenta en la década de los 50 y los 60 años, aunque existen tendencias actuales de aparición en mujeres más jóvenes. En varios estudios se constata que al momento del diagnóstico el mayor número de mujeres afectadas tienen 50 años y más, guardando relación con los factores hormonales que inciden en la patogenia de la enfermedad (Morales y Pollán, 1999; Mora y Sánchez, 2004; Ruíz y Ruíz, 2005). Se ha demostrado que una de cada 14 a 16 mujeres cubanas podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida, y que es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad (Alvarez, 2001; Bartuste, 2014; Castillo, 2012; Pino, 2014).

1.2.1 Consideraciones acerca del diagnóstico del cáncer de mama en la mujer

La prevención más eficaz del cáncer de mama es su detección precoz, y por ello la exploración de las mamas, de forma periódica, es fundamental. Además a partir de los 50 años, y antes si existen factores predisponentes familiares, se debe realizar la

mamografía, para detectar pequeños tumores que pueden pasar desapercibidos en la exploración. El diagnóstico temprano del cáncer de mama es una premisa importante para el pronóstico de esta enfermedad; existen tres métodos que pueden ayudar en este sentido: el autoexamen de mama, el examen clínico anual de las mamas, y la pesquisa utilizando la mamografía.

Por estos motivos en nuestro país cobra vital importancia el *Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama*, implantado de manera paulatina desde 1987: el mismo conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados a escala mundial: en primer lugar el autoexamen de mama, en segundo lugar el examen clínico anual de las mamas que debe realizar el médico de la familia a toda la población femenina mayor de 30 años; y por último el Programa de Detección Precoz por el método de la mamografía, que incluye a las mujeres de 50 a 64 años cada 2 o 3 años , lo que permite el diagnóstico de carcinoma mínimo o *in situ* de la mama . En los primeros juega un papel primordial el nivel primario de atención de salud, y por supuesto, en el nivel secundario se brinda la atención especializada. Por medio de ensayos clínicos bien controlados se ha demostrado que la detección precoz del cáncer de mama puede disminuir la mortalidad por esta causa en la población femenina (Alvarez, 2001; Mora y Sánchez, 2004).

Inicialmente los tumores mamarios no presentan sintomatología, tan solo cuando han alcanzado un tamaño importante, superior a 1 cm., aparecen una serie de signos y síntomas que orientan clínicamente al diagnóstico de la enfermedad. El cuadro clínico de la enfermedad maligna de la mama comienza como un simple nódulo, indoloro, de tamaño variable, más frecuente en el cuadrante superior externo de una mama, que puede mostrar o no señales de fijación superficial (piel de naranja), o a los planos musculares, y acompañarse de adenopatías axilares. La mayoría de los cánceres de mama se descubren por la paciente, o durante la exploración física o la mamografía sistemática (Beers y cols, 2007).

Los medios complementarios para el diagnóstico del cáncer de mama más utilizados son los siguientes (Rigol, 2010): mamografía y xerorradiografía (radiografía de la mama), termografía, ultrasonografía, punción del nódulo (BAAF), biopsia quirúrgica por exéresis de la tumoración y estudio por el patólogo de cortes congelados. La ecografía mamaria es una técnica secundaria en el diagnóstico de cáncer de mama. El pesquisaje por

ultrasonido es útil para diferenciar entre masas o tumores mamarios sólidos y los quísticos, formados por líquido. La importancia de detectar esa diferencia es mucha pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas, mientras que las masas sólidas precisan de una biopsia.

La extensión del uso de la mamografía ha sido eficaz, ya que ha reducido la tasa de mortalidad del cáncer de mama hasta un 30% (Smith, 2004), siendo el mejor método de cribado de lesiones tempranas disponible. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama se incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana, detectado precozmente tiene una supervivencia a los 10 años que alcanza hasta un 98% (Uchidas, 2008).

La mamografía es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama en sus primeras fases, pero para confirmar el diagnóstico, en los casos positivos, se recomienda realizar una biopsia tras la mamografía. Incluso, si la exploración física hace sospechar un cáncer y/o aparece algún nódulo sospechoso, aunque la mamografía posterior no muestre alteraciones, debe plantearse una biopsia; esto supone tomar un pequeño trozo del nódulo y analizarlo al microscopio para determinar la presencia de signos de cáncer. Normalmente la toma de la muestra se realiza mediante una aguja que se introduce en el tejido mamario y por aspiración se recoge parte del tejido sospechoso.

Existen distintos tipos de biopsia, según la técnica que se emplee. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), y el examen citológico pueden ser suficientes para la confirmación diagnóstica, pero sólo deben realizarse por manos expertas. Si el aspirado de una lesión sospechosa es negativo debe llevarse a cabo un procedimiento definitivo, la biopsia por incisión, donde se procede a la toma de una muestra del tumor o lesión, y si el tumor es pequeño, biopsia por exéresis, que consiste en la remoción de todo el tumor. Las biopsias estereotáxicas (biopsia con aguja durante la mamografía) o biopsia guiada con ecografía se están efectuando cada vez con mayor frecuencia para mejorar la precisión diagnóstica.

Se realizará también una exploración completa para determinar si cualquier otra parte del cuerpo está afectada. En este caso se harán otras pruebas como: radiografías del tórax para descartar una afectación pulmonar, ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gammagrafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular,

hepática y renal.

También se pueden utilizar la Resonancia magnética nuclear (RMN) y la Tomografía axial computarizada (TAC), esta última se usa para el diagnóstico de las metástasis, no del cáncer de mama propiamente dicho.

Además de identificar los síntomas, y realizar el diagnóstico histológico con la confirmación del cáncer de mama, el equipo médico debe establecer la clasificación del mismo. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el *cáncer ductal*, el más frecuente, que se encuentra en las células de los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón, y el *cáncer lobular*, que se origina en los lóbulos y lobulillos, que producen la leche materna (Castillo, Navarro y De la Torre, 2011).

En este sentido la mayoría son tumores epiteliales que se originan en células que revisten los conductos o los lobulillos. Los tumores no epiteliales del estroma de soporte (angiosarcoma, sarcomas primarios del estroma, tumor filodes) son menos frecuentes (Beers y cols, 2007).

Los cánceres se dividen en carcinoma *in situ* y carcinoma infiltrante. El *carcinoma in situ* es la proliferación de células cancerosas dentro de los conductos o de los lobulillos y sin invasión del estroma; se conoce el *carcinoma ductal in situ (CDIS)*, y el *carcinoma lobular in situ (CLIS)*. El *carcinoma infiltrante* es el adenocarcinoma primario, aproximadamente el 80% son del tipo *ductal infiltrante*, y la mayoría de los demás son *lobulillares infiltrantes*; las formas poco frecuentes incluyen carcinomas medulares, mucinosos y tubulares (Beers y cols, 2007).

Existen formas especiales de presentación del cáncer de mama, estas son: *el carcinoma inflamatorio agudo de la mama, el carcinoma ulcerado, el carcinoma en coraza, en el embarazo y la lactancia, la enfermedad de Paget, el cistosarcoma pelloides, el carcinozarcoma, y el cáncer de mama en el hombre* (Alvarez, 2001).

La **estadificación** del cáncer de mama basado en el sistema TNM, donde la T significa el grado de extensión local del tumor, la N el grado de extensión regional y la M la existencia de metástasis, permite establecer etapas clínicas de la I a la IV, con sub-estadios, y no solo aporta valor estadístico, sino que también sirve de guía para la elección del tratamiento, y para establecer el pronóstico evolutivo de la enfermedad, incluso permite predecir el índice de supervivencia del paciente. De esta forma se consideran en esta

patología estadíos como (Heron y cols, 2000): *Estadío 0 (carcinoma in situ), Estadío I, Estadío IIA, Estadío IIB, Estadío IIIA, Estadío IIIB, Estadío IIIC operable, Estadío IIIC no operable, Estadío IV.*

La clasificación más actual incorporó las nuevas técnicas de imagen y de anatomía patológica para el diagnóstico como son la técnica del ganglio centinela, la evaluación inmuno histoquímica de los ganglios y la cuantificación de ganglios afectados, lo que facilita la toma de la decisión terapéutica, diagnósticos más tempranos y mayores posibilidades de curación (Guía de diagnóstico y terapéutica, 2010, citado en Castillo, 2012):

- ✓ *Carcinoma no invasivo puro (estadío 0).*
- ✓ *Carcinoma operable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado (estadíos I, II y algunos IIIA).*
- ✓ *Carcinoma inoperable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado (estadío IIIB, IIIC y algunos IIIA).*
- ✓ *Carcinoma metastático o recurrente (estadío IV).*

El Programa Nacional de reducción de la mortalidad por cáncer (2002) tiene como principal objetivo la disminución de las tasas de mortalidad, pero sus indicadores se mueven lentamente, por lo que se plantean como otros objetivos aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida, estos son indicadores que dependen de la detección precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad (Alfonso, 2004).

1.2.2 Alternativas actuales para el tratamiento del cáncer de seno

La lucha contra el cáncer abarca una amplia gama de actividades que van desde la prevención primaria hasta la asistencia paliativa, pasando por el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes (Simo, Urea, Vernet, Sender, Larrosa y Jovell, 2000).

En cuanto al cáncer de mama Álvarez (2001) resume los tratamientos más usados para el enfrentamiento de esta enfermedad:

- Tratamiento preventivo: Realizar vigilancia epidemiológica y actuar sobre los factores de riesgo que permitan ser modificables.

- Tratamiento curativo: Depende del estadio, de forma general se utiliza el tratamiento quirúrgico que puede ser parcial o total con vaciamiento axilar; quimioterapia; radioterapia con cobalto; y la hormonoterapia.
- Rehabilitación: Esta incluye la fisioterapia de rehabilitación, la cirugía reconstructiva fundamentalmente en mujeres jóvenes, y el apoyo psicológico y familiar.

El tratamiento del cáncer de la mama es integral y multidisciplinario, precisa la combinación de diversas modalidades o disciplinas terapéuticas, para conseguir un control eficaz, y tendrá en consideración si la enfermedad es metastásica o no (Instituto Nacional del Cáncer, 2012). Las metástasis constituyen con frecuencia la causa del fallo de los tratamientos y de la muerte de los pacientes con cáncer, y complican por múltiples causas el abordaje terapéutico, incluido las posibilidades de rehabilitación psicológica, que deberán ajustarse a las necesidades propias del diagnóstico (Viana, 2007).

Las cuatro modalidades terapéuticas fundamentales son: Cirugía, conservadora o mastectomía radical, considerada como tratamiento estándar al igual que la Radioterapia, ambas actúan a nivel local, es decir sobre la enfermedad en la mama y los ganglios linfáticos y constituyen el tratamiento de elección en la enfermedad localizada no metastásica; la Quimioterapia, y la Terapia Hormonal actúan tanto a nivel local, como general de todo el organismo, en lo que se denomina tratamiento sistémico, y se utilizan de forma complementaria al tratamiento local.

La cirugía se realiza una vez obtenido el resultado de la biopsia, con el objetivo de conseguir la extirpación total del tumor, y dependiendo de las características de este será más o menos complicada. Los tipos de cirugía pueden ser (Salas, 2009):

- ✓ *Mastectomía radical ampliada (mastectomía radical de Hasteld): extirpación en bloque de la mama, músculos pectorales y ganglios axilares, incluyendo la cadena mamaria interna.*
- ✓ *Mastectomía radical modificada: (mastectomía de Patey) similar a la mastectomía ampliada, conservando el pectoral.*
- ✓ *Mastectomía simple y total: extirpación de la mama y fascie pectoral subyacente con disección de ganglios.*
- ✓ *Resección parcial de la mama (cuadrantectomía), resección amplia del tumor y tejido circundante con la fascie pectoral y disección de ganglios.*

Actualmente el panorama sombrío de esta enfermedad ha cambiado con la introducción, cada vez más, de técnicas quirúrgicas conservadoras del órgano, como: cuadrantectomía o tumorectomía, con disminución de la disección axilar por la técnica de ganglio centinela; el uso de nuevos agentes quimioterapéuticos, como los taxanos; equipamientos tecnológicos más sofisticados en la radioterapia externa y la braquiterapia; la realización de nuevos ensayos clínicos en etapas avanzadas, que han tenido resultados alentadores; el uso de hormonoterapia con antiestrógenos (tamoxifén) y los estudios sobre marcadores tumorales, como el factor de crecimiento epidérmico, gen que presupone una agresividad tumoral y fallas en el tratamiento, y la neutralización con anticuerpos monoclonales HR3, entre otros (Gómez, Estévez y Santana, 2008).

Es importante tener en cuenta la utilidad de la combinación de diferentes modalidades terapéuticas para un mejor tratamiento a las pacientes. El tratamiento adyuvante, complementario o postquirúrgico se refiere al uso de un tratamiento sistémico después de que un tumor primario sea controlado localmente por otro método (cirugía o radioterapia). El tratamiento neoadyuvante es aquel tratamiento preoperatorio que se utiliza para conseguir que un tumor que por su tamaño o por su extensión loco-regional (estadios avanzados, estadio III) no es quirúrgico en ese momento pase a serlo; también sería aquel tratamiento que se emplea en pacientes que de entrada son candidatos a cirugía pero que por otros motivos se piensa que pueden beneficiarse antes de otro tratamiento.

En los últimos años se ha ido generalizando el uso de anticuerpos monoclonales en el tratamiento del cáncer mediante vacunas (Inmunoterapia). Los anticuerpos monoclonales son el primer grupo de tratamientos antineoplásicos que están dirigidos específicamente contra alteraciones moleculares de las células de cáncer, y representan la nueva dirección que seguirá el desarrollo de nuevas terapias oncológicas en el futuro (Castillo, Navarro y De la Torre, 2011).

El cáncer es una enfermedad frecuente y compleja que compromete la supervivencia de la persona que la padece y, por extensión, genera un estrés socioemocional que condiciona su calidad de vida y justifica la demanda de atención psicoterapéutica y psicoeducativa como complemento al tratamiento médico que se recibe. Bajo esta perspectiva, se han desarrollado diferentes intervenciones psicosociales que han demostrado su eficacia en la mejora de las habilidades de afrontamiento, la

calidad de vida, la reducción del malestar emocional y la sensación de aislamiento en pacientes oncológicos (García y Domínguez, 2010; León, Mirapeix, Blasco, Jovell, Arcusa, Martín y Seguí, 2013).

Se consideran como estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama: la psicoeducación, la terapia individual y la terapia grupal (Rojas-May, 2006). Las modalidades terapéuticas grupales más utilizadas son las intervenciones de grupo cognitivo-conductuales y la terapia de grupo de apoyo/expresiva (Edwards, Hailey y Maxwell, 2008).

El tiempo de seguimiento médico y psicológico de cada paciente, y la frecuencia, depende de la etapa clínica y de la evolución individual, según la aparición o no de complicaciones; no obstante el seguimiento es mucho más estricto durante los primeros cinco años. El control clínico postquirúrgico tendrá periodicidad necesaria en el primer año según la terapéutica complementaria, será semestral en los cuatro años siguientes, y posteriormente será anual de por vida (Alvarez, 2001; Rigol, 2010).

Llegado el momento en el que el tratamiento agresivo no es apropiado, la asistencia deberá orientarse a mitigar el dolor y el sufrimiento del paciente terminal, tributario de cuidados paliativos, y de la familia, iniciando la preparación de esta para afrontar la pérdida y el duelo.

En los últimos años se ha logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales (etapa 0, I y II) lo cual permite tratamientos menos invasivos y eleva los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de la mujer afectada; de ahí la importancia de realizar el autoexamen y de acudir al médico lo antes posible cuando se detecta alguna anomalía (Barranco, 2011; Castillo, 2012; Gómez, 2008; Pino, 2014; Rubio, 2012; Silva de Oliveiral, Alves e Souza & Carvalho, 2008).

1.2.3 Etapa de supervivencia en el cáncer de mama

Las definiciones clínicas de los términos oncológicos ayudan a clarificar los objetivos y el progreso de la terapia. La curación se define clínicamente como la ausencia permanente de síntomas y signos de una enfermedad; la remisión completa o la respuesta completa como la desaparición de los datos clínicos de la enfermedad; y la respuesta parcial como una reducción del tamaño de una masa o masas tumorales superior al 50%. Los pacientes

que parecen estar curados pueden seguir teniendo células neoplásicas viables que, con el transcurso del tiempo, producirán una recaída. Una respuesta parcial puede producir una paliación y prolongación de la vida significativas, pero inevitablemente el tumor vuelve a crecer. La enfermedad estable indica que no hay mejoría ni empeoramiento (Beers y cols, 2007).

La supervivencia al cáncer ha sido definida de varias maneras. De acuerdo con el diccionario Larousse un superviviente es el “que sobrevive a algo, generalmente a una catástrofe”, un suceso que altera el orden regular de las cosas es una catástrofe; y desde luego recorrer el proceso de un cáncer desde que acontece el diagnóstico y se continúan los tratamientos puede ser considerado como una gran alteración en la cotidianidad de la vida.

Para algunos autores se considera paciente superviviente al cáncer a aquel sujeto que ha finalizado los tratamientos médicos y en el que no se encuentra ningún indicio de enfermedad activa –paciente libre de enfermedad- y cuyo pronóstico no es evidentemente malo (Ferrero, 1993). Para otros se define a un superviviente de cáncer como aquella persona que ha padecido un trastorno oncológico y lleva libre de tratamientos y de enfermedad un período mínimo de un año, o aquella persona que tras el impacto del diagnóstico ha terminado el tratamiento médico (Solana, 2005).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (2012) plantea que es el proceso de vivir con cáncer, soportar el cáncer y sobrevivir a la enfermedad. Según esta definición, la supervivencia al cáncer comienza cuando una persona es diagnosticada con cáncer.

Otra definición al respecto señala que el tiempo de supervivencia se refiere al tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la muerte, y el intervalo entre la desaparición del cáncer y la recaída se denomina intervalo libre de enfermedad o supervivencia libre de enfermedad (Beers y cols, 2007).

La definición más completa, y la que se asume en la investigación, es la propuesta por la Sociedad Estadounidense de Oncología Médica (2013), que define la etapa de supervivencia como el proceso de convivencia con la enfermedad, que comienza con el diagnóstico del cáncer hasta el final de la vida del paciente. Incluye a los pacientes que siguen recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de recurrencia o controlar la

enfermedad crónica una vez que el cáncer ha entrado en remisión. Dentro de esta etapa de supervivencia existen dos sub-etapas más específicas, tales como:

- *Supervivencia aguda*: describe el momento desde que a una persona le diagnostican la enfermedad y comienza a recibir tratamiento para el cáncer hasta que lo termina.
- *Intervalo libre de enfermedad*: se refiere al período inmediatamente después de finalizado el tratamiento que se extiende hasta el final de la vida del paciente o hasta la aparición de la primera recidiva.

El intervalo libre de enfermedad con frecuencia se utiliza como indicador de curación, y varía con el tipo de cáncer. Por ejemplo, los cánceres de pulmón, colon, vejiga y testículo habitualmente están curados si se produce un intervalo sin enfermedad de 5 años. Sin embargo, el cáncer de mama puede recidivar después de 5 años, y por tanto un intervalo sin enfermedad de 10 años es más indicativo de curación (Beers y cols, 2007).

Debido a los efectos directos y prolongados del cáncer y los tratamientos utilizados para combatirlo, la mayoría de los supervivientes no logran recobrar su estado de bienestar anterior a la enfermedad, por lo que se describen en la literatura las múltiples secuelas físicas y psicológicas en este sentido.

Las afectadas sufren pensando en las consecuencias negativas derivadas de los tratamientos, que son cruentos y prolongados, por efectivos que resulten, lo que les genera temores previos, vivencias negativas y desesperanza (Bayo *et al.*, 2007; Castillo, 2012; Castillo *et al.*, 2012; Knapp, 2005; Pino, 2014).

Atendiendo a los desafíos físicos, se evidencian efectos secundarios a los que se tienen que enfrentar las pacientes, algunos de ellos permanentes y requieren un manejo de por vida (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2012).

Entre los efectos secundarios del tratamiento quirúrgico se encuentra el dolor, una vez que cesa el efecto de la anestesia, durante el proceso de cicatrización, incluso hasta años más tarde continua este síntoma en algunos casos. Puede notarse menos sensibilidad o sensación de acorchamiento en la zona de la operación, este efecto secundario suele desaparecer con el tiempo. El seroma es otro de los síntomas importantes que se caracteriza por la aparición de un bulto con contenido líquido en la zona de la cicatriz, que normalmente desaparece con el tiempo, pero en ocasiones hay que vaciarlo.

Es muy común en esta etapa la aparición del linfedema, secuela más importante del tratamiento locorregional del cáncer de mama. Es un trastorno crónico y progresivo, siendo uno de los efectos secundarios más importantes además de limitación de la movilidad del hombro, en ocasiones del mismo lado de la mama operada (Bartolomé, Trueba y Talavera, 2012). Este síntoma ocurre debido a que los ganglios linfáticos axilares encargados de recoger la linfa del brazo son extirpados, generando en este caso hinchazón por la acumulación de líquido.

Hay diversos tipos de quimioterapia, con más o menos efectos en la calidad de vida. Según estos autores entre los efectos secundarios están: los digestivos, sobre todo náuseas, vómitos, llagas en la boca, diarrea o estreñimiento; normalmente con este tipo de tratamientos las mujeres se pueden encontrar más cansadas de lo habitual; la caída del pelo que puede ser generalizada y afectar no solo al cuero cabelludo sino también a otras zonas del cuerpo; las alteraciones en la piel, suelen ser poco importantes pero pueden aparecer picor, enrojecimiento, sequedad, coloración oscura de las uñas; además pueden ocasionar alteraciones en la médula ósea, donde disminuyen los glóbulos rojos, los leucocitos o las plaquetas.

La quimioterapia o las terapias hormonales pueden disminuir la libido, causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de la actividad sexual (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Las medicaciones que son prescritas para uso a largo plazo, incluyendo los inhibidores de aromatasa, pueden tener implicaciones en la calidad de vida contribuyendo a cambios atróficos vulvares y vaginales a causa de quimioterapia y/o terapia hormonal ayudante (Castillo, 2012; Krychman & Katz, 2012; Salas, 2009).

Se ha reportado que los principales problemas aparecen a nivel de pareja. Surgen sentimientos de culpa y vergüenza, y temores a ser rechazadas, sobre todo debido a los cambios corporales que sufre la paciente (Krychman, & Katz, 2012; Rodríguez, 2009). En ocasiones la relación de pareja no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer y las tensiones que se dan en la fase de postratamiento. En otras, el cáncer hace de detonante en los conflictos previos de la pareja (Solana, 2005).

La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad que puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento

de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables, o en aquellas que mantenían relaciones que eran conflictivas premórbidamente; muchas pacientes tienen la percepción de que a partir del momento del diagnóstico dejaron de ser sexualmente atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente (Rojas-May, 2006).

Entre los problemas sociales y económicos que han de afrontar los pacientes oncológicos supervivientes, destacan los cambios producidos en los roles familiares, sociales o profesionales, relacionados con las secuelas físicas o psicológicas derivadas de la enfermedad, el trabajo, poder mantener su empleo o encontrar uno nuevo, y el acceso al seguimiento en el sistema sanitario (Haylock, 2006).

En el área socio-laboral se experimentan duelos, se ha visto interrumpida su trayectoria profesional, con la consiguiente pérdida económica y las repercusiones que conlleva la misma a nivel personal y familiar; sin olvidar por ello los efectos psicológicos en cuanto a que el trabajo significa una fuente de valorización. Con frecuencia se producen discapacitaciones, tanto por efectos de la propia enfermedad como de las repercusiones permanentes físicas de la misma; por un lado, las dificultades económicas que se producirán y por otra parte, solicitar una incapacidad laboral en ocasiones es vivenciado con una representación de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado a “los útiles”. Si junto a ello aparecen deterioro y desfiguraciones físicas, no es infrecuente encontrar el desencadenamiento de situaciones depresivas (Solana, 2005).

Estas pérdidas del estilo de vida previo traen consigo un alejamiento de la vida social y aislamiento en algunos supervivientes. Para otros, es resultado de efectos depresivos por no poder asumir los cambios y repercusiones. Algunas personas han expresado sentimientos de abandono o de no suficiente apoyo social tras pasar el tiempo de los tratamientos médicos, y cuando no es reconocido por parte de los otros el malestar psíquico (Solana, 2005).

A pesar del aumento de la supervivencia en los pacientes afectados de cáncer, en la actualidad se dedican pocos esfuerzos a identificar y/o tratar las necesidades

psicosociales que entraña el período de supervivencia, específicamente en la fase de intervalo libre de la enfermedad. La mayoría de los estudios realizados contemplan al paciente que se encuentra en las fases de diagnóstico, en las de tratamiento activo o al final de la vida, obviando al paciente sobreviviente. En este sentido, el estudio de las necesidades de los pacientes hasta el momento se ha centrado fundamentalmente en las necesidades de comunicación, información y de apoyo social.

Según Yélamos (2006) la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la comunicación, ya que con ella aumenta la seguridad, la confianza y la esperanza. Permite además evitar la terrible soledad, no percibida como falta de compañía física sino como aislamiento interior.

En el intervalo libre de enfermedad, es importante tener presente que estas necesidades comunicativas pueden estar determinadas por factores biomédicos, psicológicos, sociales y económicos relacionados o derivados de la enfermedad (Stein, Syrjala & Andrykowski, 2008).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (2012) destaca que aparecen en esta fase también necesidades de apoyo en los sobrevivientes distintos de los que han tenido previamente. Es posible que sienta que nadie entiende la experiencia por la que pasó. El cáncer puede incluso generar cambios en cómo se relaciona el paciente con las demás personas y cómo ellas se relacionan con el paciente. Las familias pueden ser sobreprotectoras o quizás hayan agotado su capacidad de brindar apoyo.

González y Aguilar (2009) documentaron que la vivencia del cáncer de mama, como un evento catastrófico, se asocia con ideas de mutilación, de uno de los principales atributos femeninos, muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y interrupción de la relación con otros, y establecieron necesidades de orientación en relación con lo anterior. Destacaron que además de las necesidades de carácter informativo- comunicativo en la paciente surgen otras que en la actualidad son poco atendidas en el campo de la Psicooncología, la paciente necesita encontrar recursos para reducir la ansiedad, el sentimiento de soledad, el miedo a la muerte, el daño corporal sufrido, la reconstrucción de su autoestima y la reelaboración de problemática previas que vuelven a aflorar a causa de la enfermedad. Y el recurso es sentirse apoyada. En este sentido concluyeron que las

principales necesidades de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama están relacionadas con el apoyo familiar, la comunicación con el especialista y la necesidad de ayuda psicológica.

Pino (2014) identificó como principales necesidades de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, carencias con respecto a la información acerca de las dietas y los ejercicios que deben realizar para mantenerse saludables, y en menor medida necesidades económicas.

En esta misma investigación se encontraron diferencias significativas en cuanto a la intensidad con que experimentan las vivencias negativas, dentro de las que se destaca con mayor intensidad la ansiedad, seguida de las vivencias de tristeza, sufrimiento e inquietud con menor intensidad, y son experimentadas en menor medida las vivencias como el desprecio, el rechazo, la apatía, la ira y la desconfianza; entre las vivencias positivas se encuentran la confianza, la fe y la esperanza (Pino, 2014).

En el Intervalo libre de enfermedad, los pacientes que se curan del cáncer se encuentran liberados de un diagnóstico, pero presionados por un pronóstico incierto, donde domina la sensación de cansancio, angustia, miedo, la desesperanza, ira, soledad, culpa y otras emociones bioquímicas que no favorecen su proceso de salud (Roustan, 2008).

García y Domínguez (2010) señalan que las pacientes con cáncer de mama transitan por una experiencia bastante amarga, que altera el equilibrio psíquico y marca su existencia. Esto se debe a que se producen experiencias afectivas agudas de diversa índole (miedos, preocupaciones, temores, etcétera), que genéricamente se incluyen en el terreno de las emociones.

La depresión y ansiedad son frecuentes, y los temores más comunes son: miedo a la recurrencia, a la mutilación causada por la mastectomía, a perder la feminidad, al dolor, a perder independencia, incertidumbre ante el futuro y miedo a morir (Perales, 2008).

La estructura y el soporte que formaron parte del contacto regular con el mundo médico y hospitalario durante el tiempo de la enfermedad dejan de serlo para regresar los pacientes a su vida cotidiana. Se puede sentir la pérdida de esta fortificación de protección. La sensación de control de la enfermedad se dispersa y se agolpan una serie de miedos, y con ellos la angustia (Solana, 2005).

La experiencia de supervivencia conlleva una aceptación de que el cáncer es una enfermedad crónica y la inquietud por una posible recaída. Precisamente las complicaciones psicológicas más frecuentes en los sujetos que han sufrido cáncer en general a medio y largo plazo toman la forma de preocupación continua por la enfermedad, miedos a la recaída, aumento del miedo a la muerte, sentimientos de daño físico, mayor sentido de vulnerabilidad y de incertidumbre respecto al futuro, sensación de inadecuación personal, sensación de control disminuida, miedo al rechazo social, ansiedad y depresión” (Solana, 2005).

Cada vez que un enfermo acude a una revisión va acompañado de cierto nivel de angustia inevitable por el enfrentamiento que significa volver a ponerse en contacto con la naturaleza humana de temporalidad. Es como un momento de mayor énfasis de la angustia, donde cristalizan los temores y la preocupación por la posible reaparición –o agravamiento- de la enfermedad. El cáncer vuelve a ser por días o semanas el centro de atención de las vidas, produciendo alteraciones psicológicas significativas (insomnio, irritabilidad, ansiedad elevada, quejas hipocondríacas, ideas obsesivas, estados depresivos) (Solana, 2005).

En esta vuelta a la normalidad de la vida, en ocasiones ensombrecido por la angustia, aparece el denominado “Síndrome de Damocles” para referirse al malestar psicológico derivado no sólo de la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad sino también a la dificultad psíquica de poder desarrollar un proyecto vital a largo plazo (Solana, 2005).

También se ha demostrado la presencia de cambios significativos en configuraciones de importante valor para el funcionamiento de la personalidad (Ganz *et al*, 2004; Pandey, 2006; Uzun, 2004).

En las mujeres en tratamiento oncológico por cáncer de mama no metastásico se encontró tendencia a la inadecuación de la autovaloración a forma de subvaloración, prevaleció la apreciación de cualidades negativas, tanto físicas como en recursos psicológicos frente a la enfermedad, con pesimismo, minusvalía y estancamiento, los objetivos propuestos por las mujeres se encontraban por debajo de sus posibilidades reales, no se establecieron un nivel de pretensiones que estimulara la elaboración de las contradicciones fundamentales,

evidenciándose inadecuación en la autorregulación y en la autoaceptación de sí (Castillo, 2012).

Se investigó en la Atención Primaria de Salud, en el GBT de Mata, Policlínico Cifuentes, Villa Clara, las características de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, tratándose en su mayoría de adultas mayores, con más de cinco años de evolución, que habían sido sometidas a mastectomía radical. Sus principales motivaciones estaban encaminadas fundamentalmente al área personal y familiar, y predominó una inadecuación de la autovaloración por subvaloración de sus potencialidades, falta de correspondencia entre las aspiraciones y los logros, pobre autoconocimiento y un nivel bajo de autoestima (Freire, 2012).

En las mujeres que enfrentan el cáncer de mama existen factores apremiantes que se relacionan directamente con un marcado estrés psicológico y social entre ellos: el encarar una dolencia potencialmente mortal, los tratamientos que provocan un deterioro típico en la calidad de vida y los cambios significativos en sus roles de vida en pareja, familiares y laborales (Brito, 2009; Castillo, 2012; Castillo, Guerra, Gómez y Navarro, 2011; Helms, O'Hea & Corso, 2008; Keir *et al.*, 2008).

En el cáncer de mama no metastásico, en el intervalo libre de enfermedad, se considera que si bien la enfermedad está aparentemente controlada, la mujer continúa experimentando necesidades, problemas, preocupaciones, temores, y debe hacer frente a las demandas que como ser humano superviviente se le presentan. Es aquí donde juega un papel primordial el proceso de afrontamiento, pero es preciso superar en el análisis del mismo, las deficiencias de enfoques anteriores, que lo han concebido desde una perspectiva cognitiva y conductual, tratando de modo insuficiente su complejidad desde el vínculo cognición – emoción, y su expresión personalizada.

1.3 Afrontamiento

Muy vinculado a los estudios del estrés, el afrontamiento (*coping*) ha cobrado importancia, es actualmente el centro de psicoterapias y programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos; pero también está marcado, como este, por la impronta de la confusión conceptual y los problemas metodológicos en su evaluación.

Según Martín y Grau (2007), el carácter estresante de una situación no está determinado tan solo por la situación en sí misma, sino por factores propios de la persona a la cual ocurre, y especialmente por la valoración cognitiva que se haga de la situación. Se distinguen tres fuentes diferentes de estrés en el ámbito natural (Labrador, 1995; Martín y Grau, 2007): sucesos vitales intensos y extraordinarios, sucesos diarios estresantes de menor intensidad (estrés cotidiano), y situaciones de tensión crónica mantenida.

Los estresores son comúnmente clasificados en biogénéticos o psicosociales, que a su vez pueden ser internos o externos (Everly, 1989; Martín y Grau, 2007).

También se ha señalado que tan estresantes pueden ser los eventos positivos o percibidos como agradables, por ejemplo tener un hijo, prepararse para una cita deseada, como los aversivos o amenazantes, ya que ambos producen un cambio al que la persona deberá adaptarse (Martín y Grau, 2007), sin embargo parece ser que los efectos de ambas situaciones no son los mismos. Suls y Mullen (1981) han demostrado que no hay relación entre acontecimientos estresantes positivos y trastornos psicofisiológicos, pero sí entre estos y acontecimientos aversivos.

En la literatura consultada existen diferentes definiciones de afrontamiento. En el modelo psicoanalítico del yo se definió el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos, realistas y flexibles, que solucionan problemas y, por tanto, reducen el estrés (Menninger, 1963; Haan, 1969, 1977; Vaillant, 1977). En este modelo se identificaron varios procesos utilizados para manipular la relación individuo/entorno, ofreciendo una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego, a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, y por último se encontrarían los procesos de fragmentación o fracaso del ego, que se homologa a los niveles regresivos o psicóticos. La función central del afrontamiento en este modelo es reducir la tensión y devolver el equilibrio, y aunque la conducta no queda ignorada, es considerada de menor importancia que la cognición.

Por otra parte Moss y Tsu (1977) destacaron que al afrontar una enfermedad, el paciente tiene que enfrentarse con muchas fuentes de estrés, entre las que se halla el dolor, la incapacitación, el entorno hospitalario y las demandas que provienen del personal sanitario y de los tratamientos a los que se ve sometido. Al mismo tiempo, el paciente debe conservar un equilibrio emocional positivo, una autoimagen satisfactoria y una buena

relación con familiares y amigos. Esta múltiple labor requiere todo un conjunto de estrategias de afrontamiento, cuya complejidad no puede ser captada por una medición unidimensional. Otros estudios (Kobasa, 1979) señalaron persistencia en el afrontamiento. No obstante en estas valoraciones no es concebido el afrontamiento como un proceso.

Murphy (1974) consideró el afrontamiento como un proceso que requiere esfuerzo, esta autora realizó estudios en niños, y distinguió entre los recursos adaptativos primitivos como los reflejos, y los esfuerzos de afrontamiento.

Sin embargo en los contextos de la vida real se hace difícil distinguir entre estilos cognitivos que requieren de una respuesta automatizada y afrontamiento, tal es el caso de circunstancias extremas, como los campos de concentración, aparece a veces un estrechamiento del campo visual o una restricción de la perspectiva (Frankl, 1963).

Los pacientes con cáncer que se sentían desbordados por las múltiples cargas físicas, emocionales y prácticas de la enfermedad, muchas veces limitaban su interés a crear un mundo más pequeño y manejable (Mayes y Mendelson, 1979). En estos casos no queda claro si la disminución de la visión y la restricción de las expectativas aparecen como una respuesta automática, debida a los mecanismos cognitivos de control del individuo, o si persigue un objetivo que requiere esfuerzo, tratándose de afrontamiento.

Al respecto Kahn y cols (1964) plantearon que el concepto de afrontamiento se define por las conductas englobadas en él, no por los éxitos conseguidos por tales conductas, que puede incluso resultar provechoso concentrarse en aquellas conductas que intentan afrontar el estrés sin conseguirlo, y que muchas veces es en las situaciones de fracaso donde pueden verse con claridad las ramificaciones de un mecanismo de afrontamiento o de defensa. Estos autores llamaron la atención en cuanto a la inclusión en la definición de los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado.

Por su parte Weisman y Worden (1976-1977) lo definieron como lo que uno hace ante un problema que percibe, para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferenciaron afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión. Entienden el afrontamiento como un proceso (y no como un conjunto de

acciones aisladas), y combina percepción, ejecución, evaluación y corrección de la ejecución, seguidas de actividad adicional y conducta dirigida a la meta.

Ha sido enfocado como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos: 1) manejando el problema que causa el malestar eliminando o modificando las condiciones que lo generan, 2) alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático y 3) regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación (Pearlin y Schooler, 1978).

Los diferentes autores antes mencionados, por no delimitar adecuadamente este concepto, ha resultado ser un término confuso donde se incluyen la totalidad de conductas que el individuo lleva a cabo para manejar las situaciones estresantes, haciéndose un gran énfasis en el resultado. Sin embargo, se destaca la función protectora del afrontamiento para preservar, conseguir alivio o recompensa, prevenir, evitar o controlar el malestar emocional. Otro elemento de valor es la inclusión de su carácter dinámico y cambiante a medida que las circunstancias varían, se comienza a hablar de proceso y de eficacia.

En muchas definiciones de afrontamiento está implícito el hecho de que consideran ciertas estrategias esencialmente mejores o más útiles que otras, es decir el mejor afrontamiento es aquel que modifica la relación individuo/entorno en el sentido de mejorarla, tienden a confundir el dominio del entorno como el tipo de afrontamiento ideal, aquí el afrontamiento es considerado como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas, ignorando que si se insiste en la solución del problema y en el dominio de la situación, se resta valor a otras funciones del afrontamiento relacionadas con el dominio de las emociones y con el mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva, especialmente en situaciones irremediables. Los procesos de afrontamiento que se utilizan para soportar tales dificultades, o para minimizarlas, aceptarlas o ignorarlas, son tan importantes en el arsenal adaptativo del individuo como las estrategias dirigidas a conseguir el dominio del entorno.

El concepto de afrontamiento se ha basado fundamentalmente en el *modelo transaccional de Lazarus y Folkman sobre el estrés psicológico*. Estos autores plantean

que *el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar* (Lazarus y Folkman, 1986). Dirigen su interés hacia las causas generadoras de estrés psicológico a través del análisis de dos procesos que tienen lugar en la relación individuo – entorno: la evaluación cognitiva y el afrontamiento, que son los conceptos básicos de este modelo.

Este concepto de estrés supera los anteriores, al conceder particular importancia al aspecto relacional, donde la influencia de lo externo solo adquiere sentido psicológico en la relación particular que contrae con las valoraciones del sujeto, las que se expresan en un tipo de afrontamiento concreto con el hecho externo.

Como principal limitación se le señala el hecho de que relaciona de forma absoluta el estrés con la ocurrencia de un hecho o situación del entorno que resulta amenazante, minimizando el aspecto subjetivo del estrés que se manifiesta por complejas elaboraciones y vivencias internas, cuyo momento relacional, no guarda ningún vínculo actual con la trama psicológica en desarrollo. Por otra parte, ocupa un lugar muy absoluto la evaluación, como momento psicológico primario para el desencadenamiento del estrés, reduciéndose el origen de tan complejo fenómeno a una operación cognitiva inicial, de donde se desencadenan los restantes momentos del proceso psicológico mediatizador, pasando los aspectos personológicos a un lugar secundario.

Lazarus y Folkman (1984) consideran que en cualquier situación estresante es más importante la interpretación que el sujeto hace de los hechos que los propios acontecimientos, desde esta perspectiva teórica la percepción que el sujeto tiene de la situación estresante (en este caso, el cáncer) puede modificarse. El efecto de la situación estresante depende de la evaluación de la situación, la vulnerabilidad del sujeto y la capacidad de afrontar, es decir, los recursos tanto internos como externos de los que disponga la persona.

Asumen que al intentar entender el afrontamiento o sus correlatos antecedentes o consecuentes, no hay más remedio que recurrir a la evaluación directa de las conductas de afrontamiento, y de la forma en que cambian, a medida que las demandas de la situación, y las evaluaciones que el individuo hace de ellas; y definen el afrontamiento como *aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se*

desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Aclaran: “Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. La definición distingue entre esfuerzos de afrontamiento y conductas adaptativas automatizadas, evitando el problema de confundir el afrontamiento con sus resultados, razón por la que el primero es definido con independencia de los segundos”.

Se comparte que el afrontamiento no debe confundirse con éxito adaptativo, interesan los esfuerzos con independencia del resultado; ni con dominio del entorno, pues muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita tolerar, minimizar, aceptar o, incluso, ignorar aquello que no se puede dominar.

Según estos autores la dinámica que caracteriza el afrontamiento no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la relación individuo-entorno. Precisamente consideramos que un punto débil en esta definición lo constituye la importancia que se le otorga a la valoración que hace el sujeto sobre los hechos o situaciones que enfrenta, teniendo un papel trascendental el marco relacional del individuo con las situaciones y hechos que lo afectan, donde no son tomados en cuenta los aspectos psicológicos dentro de dicho proceso. Incluso, en opinión del propio Lazarus (citado en Molerio, 2004), el análisis de los componentes de la valoración se queda en un estadio demasiado elemental para comprender el fenómeno emocional y conduce a ignorar el fenómeno en favor de las partes que lo componen.

Conciben la evaluación cognitiva como un proceso que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno es estresante, y el afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo- ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que esto genera. Plantean tres formas de evaluación cognitiva del medio y sus demandas:

- 1- *Evaluación primaria:* Puede ser: a) *Irrelevante*, cuando las demandas del entorno no conllevan implicaciones para la persona, b) *Benigno- positiva*, cuando se evalúan las demandas del medio como favorables para lograr o mantener el bienestar personal, y c) *Estresante*, que puede ser de tres tipos: daño o pérdida, amenaza y desafío.
 - *Daño o pérdida:* Es cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido alguna lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o haber perdido a un ser querido.
 - *Amenaza:* Se prevén daños o pérdidas, aunque todavía estos no hayan ocurrido, permite que pueda solucionarse o afrontarse anticipadamente. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido, pero que se prevén, por lo que permite el afrontamiento anticipativo, pues en la medida que puede predecir el futuro puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que puede encontrar.
 - *Desafío:* Tiene mucho en común con la amenaza, en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento; el desafío implica la previsión anticipada de situaciones de daño o pérdida o de amenaza, con la diferencia de que la persona piensa que tiene fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras, tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que la amenaza suele ir acompañada de emociones como miedo, ansiedad, hostilidad. La amenaza y el desafío no son excluyentes entre sí, ambas pueden coexistir, pero deben considerarse por separado aunque estén relacionadas.
- 2- *Evaluación secundaria:* Está dirigida a determinar qué puede hacerse, a actuar sobre la situación, cuando se está en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío. Según los autores no es un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva.

3- *Reevaluación*: Hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial en base a la nueva información recibida del entorno, creándose así toda una sucesión de emociones y evaluaciones cambiantes. Según los autores es simplemente una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa, y que es capaz de modificarla, esencialmente ambos procesos no difieren entre sí. Existe otra forma de reevaluación llamada reevaluación defensiva consistente en cualquier esfuerzo que se haga para reinterpretar una situación del pasado de forma más positiva, o bien para afrontar los daños y amenazas del presente de forma menos negativa; se diferencia de otras formas de reevaluación en que es autoinducida, proviene de la necesidad interna del individuo más que de las presiones del entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

Los *factores personales* y *situacionales* deben ser considerados, siempre en combinación, como componentes interdependientes de la relación dinámica individuo/situación, en la evaluación de daño/pérdida, amenaza o desafío, y están presentes para que ocurra la misma. Entre los factores personales que le confieren significado señalan fundamentalmente los compromisos y las creencias existenciales y sobre el control.

Entre los factores situacionales se encuentran la novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre, factores que hacen referencia al tiempo (inminencia, duración e incertidumbre temporal), la ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital.

La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, ambos procesos se dan simultáneamente y son interdependientes, influyendo en el nivel de estrés de la situación, la cualidad y calidad del estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego.

Lazarus y Folkman (1986) declaran que el modo de afrontamiento está determinado por los recursos de que se dispone como: la salud y la energía física, las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Coincidimos con los autores en que el apoyo social puede ser considerado como un recurso (social) de afrontamiento al estrés, que no se identifica con las redes sociales;

mientras que estas pueden ser consideradas como la totalidad de los recursos sociales de los que un individuo puede potencialmente disponer, el apoyo social representa los recursos que en realidad utiliza para hacer frente a los problemas y dificultades de la vida (Sandín, 2004).

Hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como los amigos, los familiares y los compañeros de trabajo, los cuales pueden proporcionar asistencia instrumental, informativa y emocional. Aunque el apoyo social puede consistir tanto en ayuda percibida como en ayuda recibida, los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otros), parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (Lazarus y Folkman, 1984; Martín y Grau, 2007).

Es incuestionable la utilidad del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), autores “clásicos” del tema del afrontamiento, por el carácter detallado de su teoría, que constituye referente necesario para el estudio del afrontamiento, pero aunque refieren aspectos psicológicos o personales que influyen en la evaluación, como las creencias, los compromisos y la moral, estos autores le otorgan un peso mayor a los factores situacionales, pasando los aspectos personológicos a un lugar secundario, y no queda clara su articulación con los procesos de evaluación y afrontamiento, ni se presenta un modelo metodológico orientado a este fin.

Como positivo destacan el hecho de penetrar en un momento activo del sujeto, los procesos de evaluación y afrontamiento, que sin lugar a dudas, tienen un peso en la relación personalidad – enfermedad somática. Sin embargo son presentados más como respuesta cognitiva, que como expresión cognitiva personalizada, en la relación necesaria de estos procesos con la personalidad, así como en su congruencia histórica dentro del sujeto que los expresa; parecería ser que el sujeto y la personalidad se reducen a sus capacidades de identificación, evaluación y afrontamiento conscientes. Aunque ubican una importante expresión de la subjetividad humana, con lo cual contribuyen en el complejo e infinito proceso de descubrir los nexos entre lo psíquico y lo somático en el hombre, el carácter cerrado que dan a su posición no contribuye a su ulterior desarrollo, desapareciendo el sujeto.

Coincidimos con González Rey (1994) cuando plantea: “Al parecer la estrategia de afrontamiento depende de un solo proceso psicológico, la evaluación, y esta, a su vez, depende del contacto concreto con la situación estresante, lo cual parecería reflejar una concepción espontánea-situacional del proceso”.

En el contexto del Modelo de Ray, Lindop y Gibson (1982), el afrontamiento es cualquier acción dirigida a la solución o mitigación de una situación problemática. Consideraron que el afrontamiento de los eventos vitales estresantes era un “esquema” aplicable a cualquier contexto. Desarrollaron su estudio en pacientes prequirúrgicos y en enfermas de cáncer de mama. Aunque inicialmente se basaron en el modelo de Lazarus y Folkman, añadieron algunos matices:

- Consideraron que la evaluación secundaria está comprendida en la primaria pues la percepción de control es un elemento de primer orden a la hora de determinar si una situación es evaluada como amenazante, una pérdida o un reto. Además, la evaluación primaria condiciona qué estrategias de afrontamiento pueden ser utilizadas. Por ello consideran que no tiene sentido abordar de forma separada los dos tipos de evaluación cognitiva, si no que sería más útil atender exclusivamente a la evaluación primaria.
- Plantearon que toda evaluación cognitiva es afrontamiento, ya que como el sujeto siempre parte de una situación anterior, toda evaluación es reevaluación en la que siempre hay sesgos personales.

Lipowski (1970) definió el afrontamiento en el contexto de las enfermedades físicas; lo consideró como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Esta definición engloba las dos dimensiones del afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1986): dirigidas al problema y a la emoción.

Habló de afrontamiento adaptativo o desadaptativo en función de diversos factores, tales como *factores ambientales, de la enfermedad e intrapersonales (edad, creencias, valores, habilidades personales e inteligencia)*, entre los que se encuentran el significado subjetivo de la misma y que influirán en la elaboración de esta situación. Según Ferrero (1993) este

significado subjetivo es similar a la evaluación cognitiva primaria de Lazarus y Folkman (1986).

Según Ferrero (1993) en el cáncer las reacciones ante dicha situación varían en función de: *tipo de cáncer (localización, gravedad, síntomas, tipo de tratamiento, etc.), de las circunstancias de cada persona, de sus experiencias previas de enfermedad, de su situación actual y de su personalidad*. El proceso de adaptación es dinámico y va cambiando en función de la fase del diagnóstico y de la enfermedad en la que se halle el paciente, quien tendrá que irse enfrentando a una serie de situaciones estresantes diferentes a lo largo del desarrollo de la enfermedad.

Investigaciones recientes han demostrado la existencia de dificultades para afrontar activamente sucesos estresantes para la paciente con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad (Montiel, Pino y Guerra, 2014). Es necesario trascender las limitaciones precedentes, considerando que se trata de un proceso personalizado en la movilización de los recursos cognitivos, conductuales y emocionales de los que el sujeto dispone para hacer frente al medio y sus demandas, que son evaluadas como significativas para sí.

En el contexto de la investigación se plantea que el ***afrontamiento*** es un proceso *dinámico, complejo, personalizado, de naturaleza cognitivo – afectiva, que surge de la vivencia y a su vez la determina, donde el sujeto valora sus potencialidades, recursos y limitaciones, adaptables a las necesidades de la situación, y le atribuye un significado personal a la misma; caracterizado por la presencia de expresiones de bienestar emocional y juicio de control del proceso, que le permiten responder a las diferentes demandas de su vida cotidiana, y en especial las relacionadas con su enfermedad, contextualizada en una situación social de desarrollo dada.*

De esta forma, se aprecia la relación entre bienestar emocional, juicio de control, autoeficacia y estrategias de afrontamiento, que en constante interacción con la personalidad del paciente, van a desempeñar un papel trascendental en el cómo se percibe, valora y afronta la enfermedad por el mismo, y lo conducirán a una adaptación efectiva (o no) a la enfermedad, concibiendo el afrontamiento como una expresión funcional de la personalidad como integridad.

En esta definición tenemos en cuenta que todos los elementos que se integran en las funciones de la personalidad tienen una naturaleza cognitivo – afectiva. Coincidimos con Fernando González Rey cuando plantea: “Es prácticamente imposible representarnos un proceso o hecho psicológico puramente afectivo o puramente cognitivo” (González, 1989). El enfoque histórico – cultural resulta medular en la comprensión del proceso de afrontamiento, de modo que la psiquis humana aparece como una nueva cualidad, derivada del desarrollo biológico por un lado, y por otro, de la vida social que va construyendo el propio ser humano que caracteriza su relación con el ambiente, donde lo social no es algo externo que modela, sino un elemento activo que se integra en las leyes reguladoras de las condiciones internas, que a su vez se mantienen en ulterior relación con las particularidades de la vida social. Lo psíquico interno está determinado por lo externo, y este determinismo social posee un condicionamiento histórico filo y ontogenético, en tanto el ser humano es producto del desarrollo histórico de la naturaleza y la humanidad, y el propio hombre es portador activo de su historia individual, donde lo social se transforma y se sintetiza en su dimensión histórica individual a través de la personalidad, en una situación social de desarrollo concreta (Fernández, 2002; 2003; 2006).

Se tiene en cuenta la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital, planteada por Lazarus y Folkman (1986) cuando se refirieron a los factores situacionales influyentes, criterio que es congruente con autores del tema que plantean considerar la edad y/o momento del ciclo vital en el que se ha producido el diagnóstico, dentro de los factores personales influyentes (Solana, 2005). En este sentido asumimos que no es lo mismo enfrentar la enfermedad para una adulta mayor que para una mujer joven o en la edad media de la vida

Se impone además, sopesar factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia y per cápita familiar), factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración y participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), geográficos, demográficos, el funcionamiento y la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento de los acontecimientos y conflictos internos y externos (Castillo, 2012; Cortés-Funes, 2009; Gómez, 1998; Grau, *et al.*, 2005; Holland, 1989; Knapp, 2005; Middleton, 2010; Suárez, 2002; 2005).

La familia y en concreto la relación de pareja, es un apoyo indescriptible en todo el recorrido del proceso oncológico. Pero a veces el otro se asusta y se pone a distancia psíquica con el enfermo. Aparecen múltiples combinaciones de vínculos que van desde los seres queridos que acompañan, sostienen, apoyan, tranquilizan; aquellos que el enfermo consuela y sostiene al no enfermo; la familia que crea un cerco de silencio sobre el enfermo; aquellos familiares que niegan la situación con la que se enfrentan; los que acuerdan un pacto mutuo de mentiras (Solana, 2005).

De igual forma resulta de interés el acceso a las redes de apoyo y por supuesto dentro de los factores psicológicos, a la personalidad del enfermo, fondo en el que transcurre el devenir histórico y social, así como expresión de la herencia genética, centro del mundo interno y resumen de sus interrelaciones actuales y pasadas (Alarcón, 2011; Castillo, 2012; Knapp, 2005; Murillo y Holland, 2011; Suárez, 2005).

Se define la personalidad como la organización, la integración más compleja y estable de contenidos y funciones psicológicas que intervienen en la regulación y autorregulación del comportamiento en las esferas más relevantes para la vida del sujeto (Fernández, 2002).

Indudablemente entre las variables que influyen en la adaptación del superviviente a la vida hay que considerar los factores médicos relacionados con el proceso de enfermar oncológico, que incluyen el tipo de tumor diagnosticado, el curso de la enfermedad, las modalidades terapéuticas administradas, la respuesta tumoral al tratamiento, los efectos secundarios y complicaciones, las secuelas de la enfermedad, etc. Por tanto, cuanto mayores las complicaciones médicas mayor dificultad de recuperación psicológica (Die Trill, 2003; Solana, 2005).

Por otra parte los aportes en el campo de la psiconeuroinmunología apuntan datos concluyentes de las relaciones existentes entre la experiencia con estímulos estresantes, sus efectos sobre las respuestas inmunológicas y la vulnerabilidad a la enfermedad (Knapp, 2005), lo cual debe ser considerado cuando se analiza el afrontamiento a una patología como el cáncer de mama, donde una actitud positiva de las pacientes es clave para la supervivencia y su calidad de vida.

1.3.1 Las estrategias de afrontamiento

Se definen las estrategias de afrontamiento como: *conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas muy variadas que se pueden definir en función del significado subjetivo de la enfermedad que se está viviendo* (Lipowski, 1970).

El significado subjetivo de la enfermedad estará relacionado directamente, según Lipowski (1970), con las estrategias de afrontamiento que se desarrollan ante la misma. Para este autor es importante diferenciar las estrategias de los estilos de afrontamiento en la medida en que estos poseen una perdurabilidad intraindividual y podrían ser cognitivos e irían de “minimización” a “vigilancia”; o conductuales y podrían ser mediante “aproximación” (adoptar una actitud activa), “capitulación” (tendencia a la pasividad, a rechazar a los demás o depender respecto a ellos) o “evitación” (actuar como si se estuviera sano).

Si bien se logra diferenciar estilos de estrategias, estas no son opuestas sino que determinan la *función del afrontamiento*, que estaría *dependiendo de los objetivos* de una determinada estrategia o estilo de afrontamiento, no de su resultado.

1) Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones. En este se utilizan las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias.

2) Cambiar la relación persona-ambiente problemática. Sería el afrontamiento enfocado o dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica) que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

Retomando el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), estos autores señalan varias estrategias de afrontamiento como fundamentales. Dichas estrategias son: confrontación, distanciamiento, auto-control, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape- evitación, solución planificada de problemas, y reevaluación positiva. Plantean que ninguna estrategia es esencialmente mejor o peor que otra, la calidad de una estrategia, su eficacia o idoneidad viene determinada por sus efectos en una situación determinada, y por sus efectos a largo plazo, debiéndose considerar el grado en que tiene en cuenta la realidad, e indica equilibrio emocional en el sujeto. Por

ejemplo las conductas de negación pueden ser adaptativas en cierto sentido en algunas situaciones y/o en algunas fases de la misma situación.

Se comparte que el que unas personas utilicen un tipo de estrategias de afrontamiento y otras no, no quiere decir que una persona actúe mejor que otra. Solo intentan controlar la situación de manera distinta, probablemente porque sus recursos y habilidades son también diferentes.

En la teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer (1989) el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer. Es un modelo sobre el significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo. Desde esta perspectiva, el diagnóstico del cáncer produciría una ruptura del sentido de invulnerabilidad personal ante esta situación los pacientes desarrollan un proceso de evaluación cognitiva respondiendo a tres cuestiones (Moorey y Greer, 1989): grado de amenaza, capacidad de ejercer algún control (semejante a la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman) y pronóstico (en función del significado que la enfermedad tenga para el sujeto y el grado de control que perciba).

El patrón de pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a las evaluaciones del sujeto representa el estilo de ajuste que desarrollará en la situación de enfrentarse a la enfermedad. Cada estilo de ajuste tendría como aspecto central un esquema cognitivo que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer que se configura en lo que estos autores llaman un esquema de supervivencia.

Utilizan el término estilo de ajuste para no especificar si la respuesta al diagnóstico debe entenderse en términos de rasgo o estado, y así dejan que sean los datos empíricos los que aclaren esa cuestión, aunque consideran más práctico entenderlas como estado mientras no se demuestre otra cosa.

Proponen los siguientes cinco estilos de ajuste ante la situación del diagnóstico de un cáncer: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo y desesperanza, preocupación ansiosa. Los sujetos responderían en la realidad, a su enfermedad, no según un tipo de ajuste concreto, sino con respuestas más o menos próximas a cada uno de ellos, se podrían usar incluso distintas estrategias a la vez que

podrían llegar a ser contradictorias, lo que supondría que un mismo sujeto se podría encuadrar en varios de los tipos de ajuste a la vez o en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad.

Ray, Lindop y Gibson (1982) desarrollaron un esquema de clasificación de las estrategias de afrontamiento en función de la “orientación o disposición general del individuo hacia la situación” a la que llamaron “tema” de afrontamiento. Propusieron seis “temas” de afrontamiento que incluyen estrategias que pueden ordenarse sobre dos dimensiones: su carácter defensivo (como opuesto al aproximativo o de reconocimiento de la amenaza) y el grado interno de control que implican (como opuesto al desamparo): rechazo, control, resignación, minimización, evitación, dependencia.

También merece mención el modelo teórico de Taylor, sobre la adaptación cognitiva al cáncer, que se basó en la investigación con pacientes con cáncer de mama (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman y Wood, 1984). Los trabajos de Taylor (1983, 1984, 1996) se han centrado en los aspectos positivos de la victimización. Según este modelo las pacientes desarrollan ilusiones o creencias, y de dichas ilusiones depende el funcionamiento mental adaptativo ante amenazas presentes, y ante las que podrían esperarse en el futuro, estas se basarían en cogniciones específicas que podrían cambiar sus significados de unas situaciones a otras. Según Merluzzi y Martínez (1997) estas ilusiones podrían suponer un infravaloración o minimización de las dificultades reales, pero podrían promover un espíritu de lucha y una actitud más resiliente ante la situación.

Por su parte en el Modelo de Moos y Schaefer (1984), estos autores entienden la enfermedad física grave como una crisis vital. La evaluación cognitiva o elaboración del significado subjetivo de la crisis es lo que determina las tareas de adaptación sobre las que se aplica el afrontamiento.

Una vez determinadas las tareas de adaptación, el sujeto pondrá en juego sus habilidades de afrontamiento para manejarlas. Distinguen tres categorías de habilidades de afrontamiento que se exponen a continuación:

- Dirigidas a la evaluación: tiene que ver con intentar entender y encontrar significado a la crisis. Consiste en un análisis lógico y preparación mental (lo que incluye buscar sentido a lo ocurrido, de tipo religioso, filosófico o mediante búsqueda de atribuciones),

redefinición cognitiva (para encontrar algo favorable en la experiencia, incluye cambio de valores y focalización en lo positivo) y evitación cognitiva o negación.

- Dirigidas al problema: consisten en la búsqueda de información y apoyo, realizar alguna acción para solucionar el problema e identificación de recompensas alternativas (generando nuevas fuentes de satisfacción; incluye el cambio de metas y de proyectos vitales).
- Dirigidas a la emoción: se realizan mediante regulación afectiva (para mantener la esperanza y controlar las emociones que provoca la situación estresante), descarga emocional (ventilación abierta de los sentimientos) y aceptación resignada.

Según Ferrero (1993) no está claro que lo que en este modelo es el “afrontamiento dirigido a la evaluación” recoja estrategias o habilidades que no se puedan entender como afrontamiento dirigido al problema o a la emoción, como la redefinición cognitiva y la negación.

Dentro del modelo de Moos y Schaefer (1984) la evaluación cognitiva, la conciencia sobre determinadas tareas y la elección de estrategias de afrontamiento reciben a su vez en conjunto la influencia de tres tipos de factores: personales y demográficos (edad, género, nivel socioeconómico, la madurez personal, la fuerza del ego, las creencias filosóficas y religiosas y las experiencias previas de afrontamiento de enfermedades); relativos a la enfermedad (tipo de enfermedad, rapidez de su evolución, síntomas, etc); del ambiente físico y social (ambiente hospitalario, el nivel de estimulación sensorial, relaciones con familiares y amigos, etcétera).

1.3.2 El papel del control

Se incorpora la percepción de control en la definición planteada sobre afrontamiento, por cuanto en la literatura consultada sobre estrés, afrontamiento y adaptación, se reitera la implicación del control en la dinámica del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Martín y Grau, 2007; Moorey y Greer, 1989; Ray, Lindop y Gibson, 1982; Taylor, 1983).

El control ha sido abordado por Lazarus y Folkman (1986) como una situación antecedente o como una variable mediadora del individuo, como proceso de afrontamiento, y como una consecuencia, tal es el caso de la falta de control o la desesperanza aprendida. Para Moorey y Greer (1989) estaría concebido como uno de los

elementos de la triada cognitiva sobre el cáncer que consideran en su esquema de supervivencia: visión del diagnóstico, control percibido y visión del pronóstico.

En la teoría de Ray, Lindop y Gibson (1982) consideraron que la evaluación secundaria está comprendida en la primaria constituyendo la percepción de control un elemento de primer orden a la hora de determinar si una situación es evaluada como amenazante, una pérdida o un reto.

Desde la perspectiva de Taylor (1983) los esfuerzos para resolver la situación se apoyan en la habilidad del sujeto para formar y mantener conjuntos de ilusiones o creencias que le resultan válidos y que no tienen por qué coincidir con la realidad, pero que le permiten mantener una sensación de control, una mayor autoestima y esperanza.

Para Taylor (1983) los esfuerzos de readaptación giran en torno a tres procesos: búsqueda de significado (búsqueda de atribuciones causales, dar un sentido a la nueva situación y a la propia vida); intento de recuperar el sentido de control sobre el evento y sobre la propia vida (pues dicha sensación se ve amenazada por las enfermedades graves); restaurar la autoestima que se puede ver reducida por las situaciones amenazantes.

En síntesis, esta propuesta se centra en algunas afirmaciones fundamentales:

- El control percibido no tiene por qué coincidir con el control real, pero si hay mayor sensación de control hay mejores resultados adaptativos.
- Los procesos atribucionales, como creencias, modulan la sensación de control del sujeto, e indirectamente los resultados adaptativos.
- Los sujetos pueden reevaluar su circunstancia en términos favorables, atendiendo a los aspectos positivos y reordenando sus prioridades. Lo cual parece ser bueno para la adaptación.
- Los sujetos a menudo se comparan con otros en similares o peores circunstancias para mantener la autoestima.

Martín y Grau (2007) plantean que la forma en que el individuo interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella determina, en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante, es decir, las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés. Estos autores prefieren utilizar el término valoración, la valoración puede ser primaria y secundaria. La valoración primaria

es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenazante, y la valoración secundaria es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, valoración dirigida a determinar qué puede hacerse frente al acontecimiento para luego ejecutar esa respuesta (afrontamiento).

El resultado de esta valoración secundaria está muy determinado por la valoración primaria, pues el hecho de que la persona piense que puede o no controlar una situación de estrés, depende directamente de las demandas percibidas en esta situación. Pero también está muy determinada por las conductas o habilidades para afrontar las situaciones de las que disponga la persona. El resultado de esta evaluación secundaria determina las conductas y las respuestas emocionales consecuentes, en otras palabras, la percepción de controlabilidad determinará, en gran medida el carácter de las respuestas ulteriores. En resumen ambas convergen para determinar si la interacción entre una persona y su situación debe considerarse como significativa para su bienestar, si es básicamente amenazante (posibilidad de daño/pérdida) o de desafío (posibilidad de controlarla y beneficiarse de ella) (Martín y Grau, 2007).

El juicio de control es el juicio que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones y las consecuencias. Este juicio puede ser ilusorio (no se corresponde con la realidad), pero salvo algunas excepciones, constituye el aspecto principal para afrontar favorablemente el estrés (Bárez, 2002; Fernández, Alvarez, Blasco, Doval y Sans, 1998). El juicio de control puede ser positivo, es decir se percibe control, con lo que hablaríamos de Control Percibido o Percepción de Control, o puede ser nulo, o lo que es lo mismo, se percibe que no hay control, por ejemplo las cosas ocurren por azar (Bárez, 2002).

El sujeto con juicio de control valora que él, como agente, u otra persona, a través de determinados medios, conseguirán determinados resultados. La consecuencia de este razonamiento determinará lo que realmente haga el sujeto ante una determinada situación y la reacción emocional que experimentará. En general se relaciona el Juicio de Control con la manera de afrontar (Carver *et. al.*, 2000).

En el cáncer, el juicio de control es uno de los elementos fundamentales en la adaptación a esta enfermedad. El juicio de falta de control en el cáncer se relaciona con la ansiedad y la depresión (Shapiro, Schwartz & Astin, 1996), el juicio de control por el contrario, se relaciona con estrategias activas de afrontamiento que favorecen una buena

adaptación a la enfermedad con un mejor estado emocional. Así, la relación entre Juicio de Control, afrontamiento y adaptación se puede perfilar planteando que la mejor adaptación se conseguirá cuando las estrategias de afrontamiento se adecuen a las posibilidades reales de control.

La Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social de Bandura (1977) se centra en un componente concreto del control, la Autoeficacia, entendida como una parte del juicio de control, referida a la percepción subjetiva de que se poseen las capacidades o habilidades para realizar unas acciones determinadas (Bárez, 2002). La Autoeficacia se considera un elemento fundamental ya que, en una situación objetivamente controlable, si la persona cree tener las habilidades para ello las pondrá en marcha, y si no cree tenerlas no lo hará, independientemente de sus capacidades reales.

Décadas de investigación en psicología y sociología han demostrado que la Percepción de Control es un predictor del bienestar físico y mental, y tal vez de una mayor supervivencia al enfrentarse a determinadas enfermedades (Skinner, 1996), al observarse que un bajo nivel de control puede contribuir a la supresión del funcionamiento inmunológico (Shapiro *et al.*, 1996). Asimismo la posibilidad de ejercer control reduce significativamente los efectos negativos del estrés, mientras que la falta de control produce déficits cognitivos, motivacionales y afectivos (Fernández y Edo, 1994), dando como resultado un estado emocional negativo.

En resumen, las interpretaciones del individuo respecto a la posible controlabilidad de la enfermedad y sobre sus capacidades y recursos para ejercerlo (Autoeficacia), influyen sobre su manera de afrontar, favoreciendo la adaptación a través del uso de estrategias efectivas de afrontamiento con poca reactividad emocional (Merluzzi *et al.*, 2001), considerando que el juicio de control sin autoeficacia difícilmente producirá los efectos saludables deseados (Bárez, 2002; Fernández, *et al.*, 1998).

Se postula la idea de que las personas con juicio de control, que manifiestan adecuadas estrategias de afrontamiento, y conservan un buen estado anímico tendrán más posibilidades de sobrevivir a la enfermedad (Barez, 2002). En tal sentido se ha sugerido también que devolverle al paciente la sensación de control, aumenta el bienestar psicológico y la calidad de vida de los enfermos (Barez, 2002; Barez, Blasco y Fernández-Castro, 2003).

Aunque en general las personas prefieren controlar, existe una minoría que prefiere no hacerlo. Estos individuos son los negadores, evitadores o represores, a los que un aumento en el control de la situación les provoca mayor ansiedad, aunque aumente su eficacia real (Fernández y Edo, 1994).

A su vez el estado de ánimo puede actuar de modulador del juicio de control, pues puede sesgar la información objetiva que se recibe. Las personas con un estado de ánimo deprimido pueden interpretar una situación de manera más negativa, alterándose especialmente la Autoeficacia, por lo que vemos que las personas deprimidas presentan una menor Autoeficacia que las no deprimidas (Rey, Blasco y Borrás, 2000; Salovey & Birnbaum, 1989). Asimismo las personas con un estado anímico ansioso pueden también interpretar una mayor amenaza, y al mismo tiempo afectarse también su Autoeficacia. Se ha comprobado la relación existente entre el estado de ánimo y el recuerdo de palabras o de situaciones alegres o tristes (Blasco, Borrás, Bonillo y Fernández, 1997), viéndose también que el estado de ánimo negativo afecta con pensamientos intrusivos al bienestar y a las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer (Carver, *et al.*, 1993), e incluso al sistema inmunitario (Futterman, Kemeny, Shapiro y Fahey, 1994; Knapp, *et al.*, 1992). Sabemos, en este mismo sentido, que si la mujer con cáncer de mama se encuentra preocupada o muestra alteraciones emocionales su organismo luchará peor contra la enfermedad (García y Domínguez, 2010).

1.3.3 Bienestar emocional y afrontamiento

La mayoría de las pacientes que padecen cáncer tiene diferentes respuestas emocionales que se presentan en diferentes niveles, que van desde la adaptación normal a trastornos de adaptación e incluye trastornos mentales graves. Las alteraciones psicológicas y sociales más frecuentes son la depresión, la ansiedad y la ira (Derogatis *et al.*, 1983; Falcão *et al.*, 2002; LLantá, 1994; 2002; Sánchez, 2005; Silva de Oliveiral, *et al.*, 2008).

Aún cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad, ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, es difícil luchar contra la vivencia emocional de la paciente al respecto y a partir de la cual se regirá durante el proceso (Fujimoto, 2011).

Las vivencias son la unidad de la vida afectiva de la personalidad, se desarrollan esencialmente en el proceso de comunicación y se encuentran en la base del sentido que la información adquiere para el sujeto, sus principales expresiones son las emociones y los sentimientos. Son definidas por Vigotsky (1982) como unidades en la que están representados, en un todo indivisible, por un lado el medio, es decir lo experimentado por la persona, y por otro, lo que la propia persona aporta a esta vivencia y que a su vez, se determina por el nivel ya alcanzado por esta anteriormente.

La emoción es un proceso psíquico afectivo que se desencadena frente a una circunstancia (persona, objeto o situación), y hace posible una vivencia afectiva que sirve de señal del grado de correspondencia entre la circunstancia desencadenante y las necesidades, motivos o sentido personal del sujeto. Enlaza el proceso sensorial con la actividad biológica del organismo, por lo que puede estimular respuestas del sistema nervioso autónomo, endocrinas, fisiológicas, inmunológicas y de actividad motriz.

Las emociones pueden tomar varias formas, durante muchos años se habló de tres emociones básicas: ira, miedo y placer, pero estos criterios fueron cambiando hasta postularse la existencia de un número bastante grande de emociones. En este momento se reconocen ocho emociones, que la mayoría de los autores coinciden en llamarle emociones fundamentales, que a su vez se pueden diversificar debido al desarrollo cultural y la socialización. Las ocho emociones son las siguientes: sorpresa, miedo, rabia, asco, angustia, alegría, tristeza y placer (Núñez de Villavicencio, 2006).

La evaluación del papel de las emociones en la salud humana se ha caracterizado por el reconocimiento de dos polos de la respuesta emocional que se dividen según la experiencia hedónica que proporcionan: las emociones negativas y las emociones positivas. El término emociones negativas se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como la ansiedad, la ira y la tristeza, que han sido las más estudiadas. Por su parte las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable, como la alegría y la felicidad.

Congruente con lo anterior, en las últimas décadas, la gran mayoría de los estudios sobre la estructura del afecto concuerdan en que el afecto está conformado por dos dimensiones o factores dominantes, generalmente denominados *afecto positivo* y *afecto negativo*. El afecto positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación

y dominio de un individuo; las personas con alto afecto positivo experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza, y en contraste, las personas con bajo afecto positivo tienden a manifestar desinterés y aburrimiento. Por su parte, el afecto negativo (AN) se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos.

La presencia de un alto índice de afecto negativo se ha relacionado con: a) experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, b) actitudes negativas y pesimismo, c) problemas o quejas somáticas, y d) insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás. Aunque los términos afecto “positivo” y “negativo” pueden sugerir que ambos factores son opuestos (es decir, que son extremos de una misma dimensión), de acuerdo a diversos autores son más bien dimensiones altamente diferenciadas e independientes (Robles y Páez, 2003).

Lazarus (2000) enfatizó la naturaleza secuencial del proceso emocional, reconociendo la existencia de dos fases: la de aparición y la de control de la emoción. La primera fase describe la aparición de la emoción que se genera cuando una persona con ciertos objetivos y creencias sobre sí misma y el mundo hace la valoración de que lo que está ocurriendo es perjudicial, amenazador o beneficioso. En la segunda fase decidimos cual es el mejor curso de la acción para lograr evitar unas consecuencias sociales perjudiciales mediante el proceso de afrontamiento.

Es el control emocional precisamente la variable que, entendida como forma de afrontamiento emocional, se está mostrando especialmente relevante en la relación que existe entre emociones y salud teniendo un importante papel en el desarrollo de algunas enfermedades vinculadas al sistema inmune, lo que ha dado lugar al desarrollo de la *perspectiva psiconeuroinmunológica*, que ha demostrado cómo los trastornos psicológicos y de manera particular las emociones negativas, son capaces de alterar el sistema inmune, lo que puede influir en la vulnerabilidad a las enfermedades, y en el curso de las mismas (Molerio, 2004).

Hoy en día, a pesar de diversas polémicas, hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández - Abascal y Palmero, 1999; Grau, Martín y Portero, 1993; Grau y

Martín, 1993; Molerio, 2004; Spielberger y Moscoso, 1996). De ahí que en los últimos años hay un interés creciente en la Psicología proyectada a identificar y potenciar los mecanismos que garantizan el bienestar emocional para optimizarlo y con ello mejorar la salud humana.

Las emociones negativas pueden provocar alteraciones en la salud, ya sea directamente a través de niveles de activación fisiológica que pueden desencadenar una disfunción orgánica, o indirectamente, al desencadenar conductas poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, entre otras. Leventhal (2000) ha señalado que las emociones negativas pueden preceder a la enfermedad y/o ser consecuencia de ésta.

Ciertamente la relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, crónico, etc), y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración, lo cual resulta determinante en el proceso de afrontamiento a la enfermedad.

Desde esta perspectiva consideramos que las vivencias emocionales, desde el mismo diagnóstico, participan en el afrontamiento, y por tanto el bienestar emocional es indicador del afrontamiento, este último surge de la vivencia, y a su vez la determina. Estamos de acuerdo con Molerio (2004) en que el bienestar emocional se manifiesta en el predominio de emociones positivas y en la baja intensidad de estados emocionales negativos.

También consideramos de gran valor los trabajos de un grupo de investigadores cubanos que han estudiado la relación del estrés y las emociones desde un enfoque personal (Grau, Martín, Portero, 1993). Estos autores señalan que “ la personalidad es algo más que el "fondo interno" en el cual se expresan los estados emocionales, o el "agente mediatizador" entre los estímulos externos y las respuestas emocionales, sino la verdadera fuerza motriz de estos estados, lo que obliga a investigar en la propia personalidad, en sus modos de autorregulación, autocompensación y autocontrol, en su estructuración y en sus contradicciones, los

verdaderos mecanismos patogénicos de los estados emocionales negativos”. Tomando como referente lo anteriormente expuesto, resulta de vital importancia la comprensión de los procesos de afrontamiento en mujeres sobrevivientes con cáncer de mama, desde la perspectiva que se propone en la presente investigación.

CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

2.1 Paradigma de investigación

En la investigación se asumieron los presupuestos de un paradigma mixto o integrador cuanti- cualitativo, predominantemente cuantitativo, donde se combina la tendencia del dato con la explicación cualitativa de las variables estudiadas; se utilizaron metodológicamente tanto instrumentos cuantitativos como cualitativos, teniendo en cuenta las particularidades y complejidad del proceso de afrontamiento, y su especificidad en el tumor maligno de la mama.

La investigación mixta implica una combinación de los enfoques cuantitativos y cualitativos en un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos en un mismo estudio que se fundamenta en la triangulación de métodos. Con este enfoque se logra una perspectiva más precisa del fenómeno, la investigación se sustenta en las fortalezas de cada método, lo que implica mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento.

2.2 Diseño de investigación

La investigación se realizó siguiendo un diseño no experimental de tipo transeccional o transversal. Los estudios no experimentales se caracterizan por la observación de los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. No se manipula deliberadamente ninguna variable independiente para ver sus efectos sobre una o más variables dependientes en una situación de control.

2.3 Tipo de investigación

Se trató de una investigación descriptiva. Es descriptiva porque permitió analizar con la mayor precisión posible cómo es y se manifiesta el proceso de afrontamiento a la enfermedad en la muestra estudiada.

2.4 Contextualización de la investigación

En el municipio de Cifuentes los servicios de salud en la atención primaria se organizan en dos áreas de salud, el Policlínico Docente Universitario “Juan Bruno Zayas”, y el

Policlínico de San Diego del Valle, existiendo tres Grupos Básicos de Trabajo en total, los cuales asumen la atención de 66 mujeres con cáncer de mama que se encuentran en la fase de supervivencia.

2.5 Selección de la muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional casual, ya que la selección de la muestra no dependió de la probabilidad, sino de determinados criterios de inclusión y exclusión definidos a los efectos de la investigación, estos fueron:

Criterios de inclusión:

- Disposición a colaborar con la investigación (consentimiento informado).
- Mujeres con cáncer de mama no metastásico.
- Culminar el tratamiento oncológico inicial.
- Mujeres que se encuentran en el período libre de enfermedad con tiempo de evolución a partir de 1 año después del tratamiento.
- Residentes en el municipio de Cifuentes.
- Edad comprendida entre 30 y 75 años.
- Nivel escolar de sexto grado.
- No existe comorbilidad con otras enfermedades crónicas.
- No existe diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.

Criterios de exclusión:

- No desear formar parte de la investigación.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, sometidas a algún tipo de tratamiento oncológico.
- Pacientes con metástasis.
- Mujeres con deficiencias intelectuales.
- Presencia de otras patologías de carácter crónico o psicológico.
- Existencia de diagnósticos asociados al funcionamiento psicótico y deficitario.

Criterios de salida:

- No desear continuar con la investigación.
- Que la paciente fallezca durante el período de la investigación.

Para facilitar el cumplimiento de los objetivos de la investigación, la muestra se distribuyó teniendo en cuenta algunas variables sociodemográficas y clínicas, quedando conformada por 30 mujeres con cáncer de mama no metastásico que se encuentran en intervalo libre de la enfermedad, con una evolución post-tratamiento de 1 año como mínimo y como máximo 20 años. Según el tiempo de evolución la muestra quedó dividida en 3 subgrupos, el primero de ellos conformado por 6 pacientes con un período de evolución de 1 a 3 años que representa el 20 %; el segundo lo conformaron 7 pacientes con un período de evolución entre 4 y 5 años para un 23 %; y el tercer subgrupo constó de 17 pacientes con un período de evolución de 6 años en adelante, lo que representó el 56.7% de la muestra.

La edad de las participantes osciló entre 44 y 75 años, y la media para las edades fue 61.40, siendo pertinente destacar que el 50 % son mayores de 60 años.

2.6 Operacionalización de variables

❖ **Afrontamiento:** Es un proceso dinámico, complejo, personalizado, de naturaleza cognitivo – afectiva, que surge de la vivencia y a su vez la determina, donde el sujeto valora sus potencialidades, recursos y limitaciones, adaptables a las necesidades de la situación, y le atribuye un significado personal a la misma; caracterizado por la presencia de expresiones de bienestar emocional y juicio de control del proceso, que le permiten responder a las diferentes demandas de su vida cotidiana, y en especial las relacionadas con su enfermedad, contextualizada en una situación social de desarrollo dada.

Indicadores:

1) Juicio de control: Es el juicio que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones y las consecuencias, que salvo algunas excepciones, constituye el aspecto principal para afrontar favorablemente el estrés, donde se le atribuye gran importancia a la autoeficacia, entendida como una parte del juicio de control, referida a la percepción subjetiva de que se poseen las capacidades o habilidades para realizar unas acciones determinadas.

1.1 Juicio de control positivo (percepción de control o control percibido): Se percibe control, se relaciona con una alta autoeficacia, y con estrategias activas de afrontamiento que favorecen una buena adaptación a la enfermedad con un mejor estado emocional.

1.2 Juicio de falta de control: Es nulo, se percibe que no hay control, por ejemplo las cosas ocurren por azar, que en el cáncer se relaciona con la ansiedad y la depresión; incluye también el caso en que el juicio de control es ilusorio por no corresponderse con la realidad.

2) Estrategias de afrontamiento: Son conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas muy variadas que se pueden definir en función del significado subjetivo de la enfermedad, considerando que ninguna estrategia es esencialmente mejor o peor que otra, la calidad de una estrategia, su eficacia o idoneidad viene determinada por sus efectos en una situación determinada, y por sus efectos a largo plazo, debiéndose considerar el grado en que tiene en cuenta la realidad, e indica equilibrio emocional en el sujeto.

2.1 Confrontación: Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación, sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa.

2.2 Distanciamiento: Describe esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo.

2.3 Auto-control: Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

2.4 Búsqueda de apoyo social: Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión.

2.5 Aceptación de la responsabilidad: Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema.

2.6 Huída- evitación: Pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.)

2.7 Planificación: Describe esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

2.8 Reevaluación positiva: Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. A veces puede tener un sentido religioso.

2.9 Predominio de afrontamiento centrado en el problema: Cuando predominan las habilidades de afrontamiento dirigidas al problema como la búsqueda de información y apoyo, realizar alguna acción para solucionar el problema e identificación de recompensas alternativas (generando nuevas fuentes de satisfacción; incluye el cambio de metas y de proyectos vitales). En este caso incluiría la confrontación, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y planificación.

2.10 Predominio de afrontamiento centrado en la emoción: Cuando predominan las habilidades de afrontamiento dirigidas a la emoción, que se realizan mediante regulación afectiva (para mantener la esperanza y controlar las emociones que provoca la situación estresante), descarga emocional (ventilación abierta de los sentimientos) y aceptación resignada. En este caso incluiría el distanciamiento, el autocontrol, la huida-avoidancia y la reevaluación positiva.

3) Bienestar emocional: Se manifiesta en el predominio de emociones positivas y en la baja intensidad de estados emocionales negativos (Molerio, 2004).

3.1 Alto: Predominan vivencias emocionales positivas con un fuerte componente motivacional. Se acompaña de seguridad, placer y confianza.

3.2 Medio: Se combinan vivencias emocionales con un contenido positivo y negativo. El funcionamiento emocional del sujeto está muy condicionado por las situaciones cotidianas.

3.3 Bajo: Predominan vivencias de contenido emocional negativo que pueden llegar a configurarse incluso, como estados afectivos con carácter patológico. Se acompaña de intranquilidad, inseguridad, falta de confianza y pesimismo.

❖ **Otras variables moduladoras**

- Variables sociodemográficas:
 - ✓ Edad: Se tomó la cantidad de años, agrupándose en clases de 10 años, quedando de la siguiente manera: 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 y 71-80
 - ✓ Estado civil: Contempló el estatus legalmente reconocido por el Código Civil de la República de Cuba, se clasificó en: Casada, Soltera, Viuda.
 - ✓ Nivel educacional: Según nivel terminado (6º grado, 9º grado, 12º grado, técnico medio, universitaria).

- ✓ Ocupación laboral: Se distribuyeron en amas de casa y trabajadoras.
- Variables médicas:
 - ✓ Tiempo de evolución. Se considera 1-3 años, 4-5 años, y de 6 años en adelante.
 - ✓ Estadio clínico: I, II, III, IV
 - ✓ Tratamientos: Tipo de Cirugía (conservadora o radical)
 - ✓ Adherencia terapéutica: Buena, regular o mala.
 - ✓ Relación médico – paciente: Buena, regular o mala.
- **Fuentes de estrés:** Factores que originan la respuesta de estrés, teniendo en cuenta que tan estresantes pueden ser los eventos positivos o percibidos como agradables, como los aversivos o amenazantes, ya que ambos producen un cambio al que la persona deberá adaptarse. Se distinguen tres fuentes diferentes de estrés:
 - ✓ Sucesos vitales intensos y extraordinarios: Provocan aparición de cambios importantes en la vida, exigen al organismo un intenso trabajo de adaptación, desencadenando respuestas de estrés. Por ejemplo casarse, ser abandonado, promover a un puesto más reconocido, tener un accidente o la muerte de un amigo íntimo.
 - ✓ Sucesos diarios estresantes de menor intensidad (estrés cotidiano): Pequeñas molestias y contrariedades de la vida cotidiana que pueden provocar respuestas de estrés y efectos negativos, psicológicos y biológicos, tan o más importantes que los acontecimientos estresantes extraordinarios, por ejemplo, dolores de cabeza vespertinos, alto volumen de la televisión de los vecinos, dificultades diarias para trasladarse al trabajo, no poder comer de forma relajada. Estos agentes estresores cotidianos, irritantes, frustrantes o desagradables, está demostrado que generan más trastornos psicofisiológicos asociados al estrés que los acontecimientos extraordinarios. Los más importantes son aquellos relacionados con roles de representación social o laboral, con asuntos familiares y de relaciones interpersonales, y de aspectos económicos.
 - ✓ Situaciones de tensión crónica mantenida: Reúnen características de los dos anteriores, intensos, importantes, y además, duraderos y repetidos; sus efectos físicos y psicológicos suelen ser devastadores. Entre estas se encuentra una

enfermedad prolongada, un clima laboral inadecuado, una situación duradera de déficit económico (desempleo, por ejemplo), una mala relación de pareja mantenida por largo tiempo, entre otros.

- Repercusiones psicosociales de la enfermedad: Son tratadas en la literatura con frecuencia, por el costo que tiene la enfermedad para la calidad de vida de la mujer; fueron consideradas de acuerdo a las áreas o esferas de significación vital, de la siguiente manera: cambios en la dinámica familiar, repercusión en la esfera laboral y profesional, impacto en la esfera psicosexual y relaciones de pareja, repercusión en la esfera social y de relaciones interpersonales.

- Recursos para el afrontamiento: Condiciones que en el contexto de interacción, muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida. Se constituyen en elementos tanto personales como ambientales.

- ✓ Recursos personales: Son propios del individuo ya sean biológicos o psicológicos. Tenemos la salud y la energía, dado por el grado de bienestar biológico del individuo; indudablemente aquí influyen los factores médicos relacionados con el proceso de enfermar, que incluyen el tipo de tumor diagnosticado, el curso de la enfermedad, las modalidades terapéuticas administradas, la respuesta tumoral al tratamiento, los efectos secundarios y complicaciones, las secuelas de la enfermedad; creencias existenciales (como la fe en Dios); creencias generales sobre el control; los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento; los recursos para la resolución de problemas; las habilidades sociales; al considerar que la personalidad media todo el proceso, incluimos los recursos personológicos dado por aspectos estructurales y funcionales de la personalidad, considerando el significado personal de la enfermedad para el sujeto.

- Significado de la enfermedad: Es la significación subjetiva que el sujeto le atribuye a la enfermedad, que influye en las estrategias de afrontamiento que utiliza, similar a la evaluación cognitiva primaria, donde evalúa la importancia de la interacción con el medio como benigna-positiva, irrelevante o estresante, que a su vez se clasifica en daño/pérdida, amenaza o desafío.

- ✓ Recursos ambientales: Se refiere a los recursos sociales y materiales.
 - Los recursos sociales: Está dado por el apoyo social, tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo. El apoyo social se considera como un recurso social de afrontamiento al estrés que no se identifica con las redes sociales; representa los recursos que en realidad utiliza para hacer frente a los problemas y dificultades de la vida. Se incluye aquí la valoración de las relaciones familiares y el apoyo de la familia, la pareja, los amigos, u otras personas cuyo apoyo haya sido importante para el sujeto.
 - Los recursos materiales: Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Se definen las condiciones materiales de vida como buenas, regulares o malas en dependencia del grado de satisfacción con los ingresos económicos, las condiciones de la vivienda, la existencia de equipos domésticos y el nivel de hacinamiento.

2.7 Métodos y pruebas psicológicas aplicadas

Métodos del nivel teórico:

El analítico- sintético, el inductivo- deductivo, el análisis histórico- lógico y el método sistémico. Favorecieron la sistematización de la información teórica, así como el procesamiento e interpretación de los datos empíricos obtenidos, la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Métodos del nivel empírico:

- Entrevista psicológica semi-estructurada a pacientes con cáncer de mama sobre afrontamiento a la enfermedad.
- Escala de modos de afrontamiento de Lazarus.
- Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Versión corta en castellano.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B).
- Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI – 2 (Adaptación cubana del STAXI – 2).
- Test de Zung y Conde (Adaptación cubana).

➤ *Entrevista psicológica semi-estructurada a pacientes con cáncer de mama sobre afrontamiento a la enfermedad (Anexo 2).*

Objetivo: Conocer los datos sociodemográficos de las pacientes, variables médicas y otras variables moduladoras.

Descripción: Existen múltiples tipos de entrevistas psicológicas, en la investigación se utilizó la semi-estructurada. Este tipo de entrevista permite flexibilidad en la formulación de las preguntas y las respuestas y buscar líneas alternativas de interrogatorio e interpretar las respuestas. Son especialmente útiles cuando se necesita obtener información detallada. Puede adaptarse a casi cualquier área o situación problemática y producir información espontánea (Castillo, 2012; Fernández - Ballesteros, 2001).

Calificación: Se realiza el análisis de forma cualitativa, a partir de indicadores preestablecidos.

➤ *Escala de modos de afrontamiento de Lazarus (Anexo 3).*

Descripción: Esta escala es el instrumento más utilizado para el estudio del afrontamiento ya que ha sido desarrollada por los autores “clásicos” del tema, R.S. Lazarus y S. Folkman (1984). El instrumento ayuda a caracterizar las estrategias específicas que una persona ha utilizado ante determinadas demandas. Los autores elaboraron una metodología consistente en pedir al sujeto que reconstruyera una situación estresante y respondiera lo que sintieron, pensaron e hicieron, para ello elaboraron una lista de modos de afrontamiento que puede ser auto o heteroadministrada.

Consta de 67 índices, cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes, en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos. Se otorgan las siguientes puntuaciones: 0 (En absoluto), 1 (En alguna medida), 2(Bastante), 3 (En gran medida). Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en ocho subescalas.

A continuación se muestran las ocho subescalas y los índices correspondientes a cada una: Confrontación (6, 7, 17, 28, 34 y 46), Distanciamiento (12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44), Auto-control (10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63), Búsqueda de apoyo social (8, 18, 31, 42 y 45), Aceptación de la responsabilidad (9, 25,29 y 51), Huida-evitación (11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59), Planificación (1, 2, 6, 27, 39, 48, 49 y 52), Reevaluación positiva (20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60).

Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina, este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia; haciendo un análisis cualitativo de las repuestas del sujeto es válida como un auxiliar en el diagnóstico. Es válido aclarar que los autores originales, Lazarus y Folkman, son reacios a calificar de una forma rígida los afrontamientos, en el sentido de considerarlos dirigido a la solución del problema o a la regulación emocional, ya que cualquier estrategia concreta puede cumplir con ambas funciones, por lo que en todo caso se analiza la tendencia o predominio en este sentido.

➤ *Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Versión corta en castellano (Anexo 4).*
Descripción: Permite evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo para fines clínicos y/o de investigación. La versión original del PANAS consta de 20 reactivos, diez de los cuales evalúan afecto positivo, y diez afecto negativo. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, y las que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala de cinco puntos, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”. Las escalas PANAS han demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal de adolescentes, adultos y adultos mayores. Existe además una versión en alemán y otra (en inglés) para niños, la Panas C, que ha demostrado tener validez y confiabilidad aceptables y es útil para diferenciar la ansiedad y la depresión infantil.

La versión corta del PANAS en castellano es un instrumento autoaplicable que consta de dos apartados de veinte reactivos cada uno, diez de los cuales miden el afecto positivo, y diez el afecto negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos “en las últimas semanas” (afecto como estado), y en el segundo apartado se les evalúa “generalmente” (afecto como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y se contestan indicando un número en un rango del 1 al 5, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”.

Calificación: Se suma la puntuación obtenida en los 10 ítems que miden afecto positivo (1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19), en caso de que existan ítems no respondidos la suma se calcula mediante la fórmula: número de ítems positivos entre número de ítems respondidos multiplicado por la suma de los ítems respondidos. La mayor puntuación

indica mayor afecto positivo o hasta qué punto el individuo se siente entusiasmado, activo, alerta. Para medir el afecto negativo se procede de forma análoga, teniendo en cuenta los ítems 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20. Da como resultado el predominio o tendencia de afecto positivo o negativo.

➤ *Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B) (Anexo 5).*

Descripción: El ISRA fue elaborado en España por Miguel Tobal y Cano Vindel (1986, 1988) y posteriormente reformulado por los propios autores en una versión reducida: el ISRA-B. Recientemente ha sido validado en nuestro país por Molerio, Nieves, Otero y Casas (2004). El ISRA-B es un Inventario con formato Situación- Respuesta (S-R), basado en el modelo interactivo de Endler *et al.*, (1978) y en el modelo tridimensional de Lang (1968), con el objetivo de obtener mayor precisión sobre los sistemas de respuesta de ansiedad más afectados y el tipo de situaciones generadoras de ansiedad, desde una perspectiva interactiva y multidimensional. Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad para lo cual se le dan 5 opciones de respuestas (de 0 a 4, donde 0 representa Casi Nunca y 4 Casi siempre). Por medio del ISRA obtenemos puntuaciones en 8 escalas. Las tres primeras corresponden a los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motora. La cuarta medida es el Rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente, las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana..

➤ *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI – 2 (Adaptación cubana del STAXI – 2) (Anexo 6).*

Descripción: El State-Trait Anger Expresión Inventory 2 (Spielberger, 1999) fue creado para medir además del estado y el rasgo de ira, las distintas facetas de la expresión de la ira. Posteriormente, fue validado en su versión española por Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger (2001), y recientemente fue validado para la población cubana por Molerio, Nieves, Otero y Casas (2004), atendiendo a la ausencia en nuestro medio de un instrumento para la evaluación de la ira. El STAXI - 2 consta de 49 ítems distribuidos en

las siguientes escalas: Ira - Estado, que consta de tres sub - escalas: sentimiento, expresión verbal y expresión física; Ira - Rasgo, que posee dos sub - escalas: temperamento de ira y reacción de ira. Además consta de sub - escalas de expresión interna, expresión externa de ira, control interno de ira y control externo de ira. También la prueba cuenta con un Índice de Expresión de la ira.

➤ *Test de Zung y Conde (Adaptación cubana) (Anexo 7).*

Descripción: Esta prueba lleva los nombres de sus autores (Conde 1969). Fue validada para nuestra población (Molerio, Nieves, Otero y Casas, 2004) con el objetivo de determinar el nivel de depresión. En sus procedimientos se le ofrecen al sujeto un conjunto de 20 frases que expresan diversas vivencias depresivas y se le pide que marque con una cruz la frecuencia con que experimenta cada una de ellas de acuerdo a 4 escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre. La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a los ítems positivos y negativos según la pauta de calificación de la prueba y los resultados se llevan a la siguiente escala:

- De 20-30 puntos: Síntomas situacionales depresivos.
- De 34-56 puntos: Distimia depresiva (moderada).
- De 57-80 puntos: Severa distimia depresiva.

2.8 Procedimientos de la investigación

La investigación se desarrolló en el período comprendido de noviembre de 2014 a abril de 2015 en el municipio Cifuentes, en la atención primaria de salud. Primeramente se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema de interés, que permitió determinar los fundamentos teóricos fundamentales, precisar la variable, sus indicadores, así como escoger las pruebas psicológicas necesarias para dar cumplimiento a los objetivos investigativos propuestos.

Posteriormente se identificó la población objeto de estudio, el total de pacientes con cáncer de mama supervivientes en el municipio; concluido este trabajo se procedió a determinar la muestra, para lo cual se realizó la revisión de la historia clínica de las pacientes con cáncer de mama, en su consultorio médico, lo que permitió verificar datos de interés para su posible inclusión o no en el estudio, resultando la primera aproximación

en el conocimiento individual de las pacientes objeto de estudio, precisando los elementos siguientes:

1. Datos generales.
2. Motivo de Consulta.
3. Historia de la enfermedad actual.
4. Antecedentes Patológicos Personales.
5. Antecedentes Patológicos Familiares.
6. Pronóstico.
7. Tratamiento.

Se aclara que este trabajo se dificultó por las deficiencias que existen en la dispensarización en algunos consultorios médicos por parte de los equipos básicos de salud, y debido a que algunas Historias Clínicas se encontraban incompletas.

Posteriormente las pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron citadas a su consultorio y/o la consulta de psicología donde se obtuvo el consentimiento informado, coincidiendo este primer contacto con la primera sesión de trabajo. Es importante decir que todas las pacientes citadas que fueron seleccionadas accedieron a cooperar en la investigación. En todo momento se tuvo en cuenta las condiciones de iluminación, ventilación y privacidad adecuadas.

Sesión #1:

- *Objetivo:*
 - Conocer los datos sociodemográficos de las pacientes, variables médicas y otras variables moduladoras.
- *Instrumentos aplicados:* Entrevista psicológica semi-estructurada a pacientes con cáncer de mama sobre afrontamiento a la enfermedad.

Sesión #2:

- *Objetivos:*
 - Conocer las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con cáncer de mama de la muestra.

- Evaluar el bienestar emocional en la muestra estudiada, a partir de las dos dimensiones del afecto: positiva y negativa.

- *Instrumentos aplicados:*

- *Escala de afrontamiento de Lazarus.*

Objetivo: Identificar las principales estrategias de afrontamiento empleadas por las pacientes investigadas.

- *Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Versión corta en castellano.*

Objetivo: Evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo en las pacientes investigadas.

Sesión #3:

- ✓ *Objetivos:*

- Determinar la presencia de emociones negativas de diferente intensidad en las pacientes investigadas.

- ✓ *Instrumentos aplicados:*

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B).*

Objetivo: Obtener mayor precisión sobre los sistemas de respuesta de ansiedad más afectados (reactividad cognitiva, fisiológica y motora, y una cuarta medida del Rasgo o nivel general de ansiedad) y el tipo de situaciones generadoras de ansiedad (ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana), desde una perspectiva interactiva y multidimensional.

- *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI – 2 (Adaptación cubana del STAXI – 2).*

Objetivo: Medir el estado y el rasgo de ira, así como las distintas facetas de la expresión de la ira.

- *Test de Zung y Conde (Adaptación cubana).*

Objetivo: Determinar el nivel de depresión.

2.9 Análisis de los datos

Los resultados obtenidos fueron analizados cualitativa y cuantitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

Desde el punto de vista cuantitativo el análisis estadístico se realizó mediante un conjunto de estadígrafos contenidos en el paquete SPSS versión 15.0.

Se realizaron análisis descriptivos de los datos con el objetivo de caracterizarlos y resumir la información. Se comprobó que los datos no siguen una distribución normal, por lo que se decidió emplear las siguientes técnicas no paramétricas:

- Test chi cuadrado y tablas de contingencia, incluyendo el Test exacto de Fisher para determinar relaciones entre dos variables discretas.

- Test de Wilcoxon de muestras pareadas, que se basa en contabilizar la información acerca de la dirección de las diferencias y le da mayor peso o importancia al par que muestre una diferencia grande y un peso menor al par que tenga una diferencia pequeña.

Se realizó además un análisis multivariado basado en árboles de clasificación con criterio Chi Cuadrado, con el objetivo de detectar asociaciones relevantes entre variables como bienestar emocional, estrategia de afrontamiento, ansiedad como rasgo y situacional, ira como rasgo y estado, índice de expresión de ira y nivel de depresión.

Posteriormente se procedió al establecimiento de las tareas estadísticas mostradas en la Tabla 1 siguiente:

Tabla 1. Tareas estadísticas

Tarea Estadística	Tipo de Variable	Estadígrafos utilizados	Pruebas realizadas
Caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas y médicas.	Continua (Edad) Discreta (Estado civil, nivel educacional, ocupación, tiempo de evolución, tratamiento recibido, adherencia terapéutica, relación médico-paciente, Repercusiones psicosociales de la enfermedad, juicio de control)	Mínimo, máximo y media. Frecuencias y porcentajes	Análisis descriptivo

Describir y resumir las estrategias de afrontamiento.	Continua (Estrategia de afrontamiento)	Mínimo, máximo, media, mediana, moda, suma.	Análisis descriptivo
Describir y resumir los afectos positivos y negativos como estado y rasgo.	Continua (Afecto estado y rasgo)	Frecuencias y porcentajes	Análisis descriptivo
Comparar afectividad estado y rasgo.	Continua (Afecto estado y rasgo)	Rango según Test de Wilcoxon	Test de Wilcoxon
Describir y resumir el rasgo o nivel general de ansiedad y los niveles de ansiedad ante situaciones.	Discreta (Rasgo de ansiedad (reactividad cognitiva, fisiológica y motora) y niveles de ansiedad ante situaciones)	Frecuencias y porcentajes	Análisis descriptivo
Comparar rasgo de ansiedad y nivel de ansiedad ante situaciones.	Discreta (Rasgo de ansiedad y nivel de ansiedad ante situaciones)	Rango según Test de Wilcoxon	Test de Wilcoxon
Describir y resumir la ira como estado y rasgo y el índice de expresión de ira.	Discreta (Ira estado y rasgo, e índice de expresión de ira)	Frecuencias y porcentajes	Análisis descriptivo
Comparar ira estado y rasgo.	Discreta (Ira estado y rasgo)	Rango según Test de Wilcoxon	Test de Wilcoxon
Describir y resumir el nivel de depresión.	Discreta (Nivel de depresión)	Frecuencias y porcentajes	Análisis descriptivo
Establecer relaciones entre juicio de control y bienestar emocional, y algunas variables moduladoras del afrontamiento.	Juicio de control, bienestar emocional y variables moduladoras	Pruebas de Chi cuadrado y correlación de Pearson	Análisis descriptivo

<p>Detectar asociaciones relevantes entre juicio de control y bienestar emocional, y algunas variables moduladoras del afrontamiento.</p>	<p>Juicio de control, bienestar emocional y variables moduladoras</p>	<p>Árboles de clasificación basados en criterio Chi Cuadrado</p>	<p>Análisis multivariado</p>
---	---	--	------------------------------

Desde el punto de vista cualitativo se realizó la triangulación de instrumentos, permitiendo contrastar y conocer la multiplicidad de resultados obtenidos, esencial para conocer la realidad con profundidad.

2.10 Aspectos éticos de la investigación

La investigación se realizó respetando el cumplimiento del código de ética de la Psicología como ciencia y profesión. Se realizó el consentimiento informado, así como la declaración voluntaria de las pacientes a cooperar en la investigación (Véase anexo 1); se garantizó el carácter confidencial, las condiciones apropiadas del local (iluminación, ventilación, privacidad), y se contó con una batería breve para la realización de la evaluación psicológica, según lo exige el trabajo con los enfermos crónicos.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Partiendo de la metodología propuesta en la investigación, en este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos en coherencia con los objetivos específicos. En un primer momento se analizan los resultados por técnicas, respondiendo el primer objetivo de la investigación; seguidamente para cumplimentar el segundo objetivo específico, se establecen las relaciones que existen entre los indicadores del afrontamiento y algunas variables moduladoras de este. Por último se realiza el análisis integrador de los resultados.

3.1 Determinación de las particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad teniendo en cuenta el juicio de control, el bienestar emocional, las estrategias de afrontamiento y algunas variables moduladoras.

➤ Análisis por técnicas

- Entrevista psicológica semi- estructurada a pacientes con cáncer de mama sobre afrontamiento a la enfermedad**

Primeramente se les comunicó los objetivos de la investigación, y se obtuvo el consentimiento informado para colaborar. Todas se mostraron motivadas y dispuestas a participar, ninguna abandonó el estudio, lo que resultó de gran valor para poder realizar la investigación.

La muestra quedó conformada por 30 mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad, cuya caracterización según algunas variables sociodemográficas se muestra a continuación en la siguiente tabla.

Tabla 2. Descripción de muestra según variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		Cantidad	Porcentaje
Edad	31-40	0	0
	41-50	5	16.7
	51-60	10	33.3
	61-70	7	23.3
	71-80	8	26.7
Estado civil	Casada	20	66.7
	Soltera	3	10.0

	Viuda	7	23.3
Nivel educacional	6º grado	6	20.0
	9º grado	12	40.0
	12º grado	4	13.3
	Técnico medio	3	10.0
	Universitaria	5	16.7
Ocupación	Ama de casa	17	56.7
	Trabajadora	13	43.3

Como se puede apreciar el 50 % (15) de la muestra son mayores de 60 años y el grupo de 51 a 60 años representa el 33.3 %. El rango mínimo de edad es de 44 y el máximo de 75, siendo la media para las edades de 61.40 (Véase tabla 3). Esto coincide con estudios realizados, donde se constata que el cáncer de mama es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad (Alvarez, 2001; Bartuste, 2014; Castillo, 2012; Pino, 2014).

Tabla 3. Media de las edades

Estadísticos descriptivos				
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	44	75	61,40	9,683

En cuanto al estado civil predominaron las pacientes casadas, con un total de 20 para un 66.7 %, seguidas de las viudas que representaron el 23.3 %, y por último las solteras en un 10 %. Respecto al nivel educacional, el predominante fue 9º grado, para un 40 % con 12 pacientes. El 43.3% de las mujeres son trabajadoras y el resto se mantienen sin vínculo laboral, ya que en su mayoría sobrepasan la edad de jubilación; todas manifestaron que realizan las actividades del hogar, que se sienten capaces de hacerlas, aunque algunas refieren limitaciones en este sentido, expresado en frases como “lo hago todo, pero sé que tengo que cuidarme”.

Según el tiempo de evolución la muestra quedó dividida en 3 subgrupos, el primero de ellos conformado por 6 pacientes con un período de evolución de 1 a 3 años que representa el 20 %; el segundo lo conformaron 7 pacientes con un período de evolución entre 4 y 5 años para un 23 %; y el tercer subgrupo constó de 17 pacientes con un período de evolución de 6 años en adelante, lo que representó el 56.7% de la muestra; esto coincide con los resultados de la literatura científica que demuestran el aumento de los índices de supervivencia en esta enfermedad. El tiempo de evolución post-tratamiento fue de 1 año como mínimo y como máximo 20 años.

Tabla 4. Tiempo de evolución

Años	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3 años	6	20.0
4 - 5 años	7	23.3
6 años o más	17	56.7

El 100 % de la muestra están operadas, de ellas el 40 % con cirugía conservadora, predominando el 60 % con cirugía radical; todas recibieron tratamiento con quimioterapia, no ocurriendo así con la radioterapia, donde el 23.3 % no la recibió. En el 96.7 % está presente la hormonoterapia como tratamiento anterior o actual, en dependencia del tiempo de evolución; dentro de otros tratamientos se encuentran sólo 2 pacientes, una con ovariectomía y otra con inmunoterapia, para un 6.7 %, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5. Tratamientos recibidos

Tipo de tratamiento	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	Conservadora	12	40.0
	Radical	18	60.0
Quimioterapia	No	0	0
	Si	30	100
Radioterapia	No	7	23.3
	Si	23	76.7
Hormonoterapia	No	1	3.3
	Si	29	96.7
Otro tratamiento	No	28	93.3
	Si	2	6.7

Un alto porcentaje (86.7 %) presentan buena adherencia terapéutica, ya que reconocen la importancia de asistir a las consultas de seguimiento. Sólo una paciente no se encuentra asistiendo desde hace años, planteando que se debe a que cuida a su mamá que padece demencia senil, coincidiendo que esta misma tiene una mala relación médico paciente. Esta variable se comporta regular en un 20 %, y buena en un 76.7 %, lo que constituye un factor protector para ellas.

Tabla 6. Comportamiento de la adherencia terapéutica y relación médico-paciente

	Adherencia terapéutica		Relación Médico Paciente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Buena	26	86.7	23	76.7
Regular	3	10.0	6	20.0
Mala	1	3.3	1	3.3

Las principales fuentes de estrés que expresan las pacientes investigadas se relacionan con los efectos negativos de los tratamientos en primer lugar, en segundo lugar las limitaciones derivadas de éstos y de la propia enfermedad. Esto se ilustra en expresiones como “al principio me estresó todo, el físico, adaptarme a la prótesis, las limitaciones de las cosas que no podía hacer, tuve que retirarme”, “la operación, cuando me dijeron que me iban a poner los sueros, la caída del pelo, no podía hacer fuerza”, “pasé mucho, me desvelaba, estaba muy incómoda porque tenía que dormir boca arriba, me quemaron los esparadrapos y las radiaciones”, “los medicamentos me hicieron daño para la circulación, el tamoxifeno me provocó un trombo, hice alergia al nitrato de plata y tuve problemas en el estómago”. Además refirieron dificultades en la esfera sexual y efectos de los tratamientos en la visión.

Otras fuentes de estrés que están presentes, aunque en menor cuantía, son la comunicación del diagnóstico, la interrupción de importantes proyectos familiares como el cuidado de hijos pequeños y adolescentes, la interrupción temporal de la actividad laboral en algunos casos y el estrés de trabajo en otros, la soledad y el cuidado de familiares enfermos o incapacitados. El 10% de la muestra negó la presencia de fuentes de estrés, lo que está relacionado con un alto bienestar emocional en uno de los casos, y en el resto está vinculado con una estrategia de afrontamiento de evitación y negación.

En cuanto al significado personal de la enfermedad para la mayoría de las pacientes constituye un evento altamente estresante, evaluado con mayor frecuencia como daño y/o amenaza, y en segundo lugar como un reto o desafío. La frase “creí volverme loca, empecé a llorar, creí que era el final, la muerte” es representativa de la amenaza, y expresiones como “me marcó mucho, cuando vienes a ver no eres nada” ilustran el daño. Se muestra reto o desafío en respuestas como “mantenerme activa para que mi familia no

se diera cuenta y estar bien para poder criar a mi hijo”. Ninguna paciente evaluó la enfermedad como benigna/positiva, pero sí 4 de ellas (13%) la consideró irrelevante.

El 93 % de las pacientes entrevistadas perciben repercusiones psicosociales de la enfermedad en la esfera familiar, dado por razones como las limitaciones de la enfermedad y los tratamientos que le impiden realizar determinadas actividades en el hogar y cambios en la dinámica familiar, en la distribución de los roles familiares, desde pacientes que se sienten sobreprotegidas por su familia, otras que se han tenido que mudar después de la enfermedad debido a sus condiciones de vida, hasta crisis familiares por incremento a partir de que otros familiares se han trasladado a vivir con la enferma para su cuidado. Sólo un 7 % reflejó que no percibe cambios en este sentido.

En la esfera laboral y profesional el 40 % de las mujeres se sienten afectadas, lo que se evidencia en frases como “era subdirectora y pasé a metodóloga, me sentía atrofiada de todo lo que pasé, además me pasé dos años sin trabajar”, “ya no puedo trabajar en el campo ni lavar fuera”, “tuve que retirarme”, en un gran porcentaje de la muestra no se evidencian repercusiones en esta esfera, porque ya estaban jubiladas o eran amas de casa. Sólo el 30 % expresaron cambios en las relaciones de pareja, el 13 % en área social y de relaciones interpersonales y un 3 %, correspondiente a una paciente, no percibe ninguna repercusión.

Tabla 7. Repercusiones psicosociales de la enfermedad

Repercusiones psicosociales de la enfermedad	Porcentaje
Cambios en la dinámica familiar	93 %
Cambios en la esfera laboral y profesional	40 %
Relaciones de pareja	30 %
Área social y de relaciones interpersonales	13 %
Ninguna	3 %

En cuanto a los juicios de control, el 100 % de las pacientes respondieron creerse capaces de “controlar” o “manejar” la situación de enfermedad. Sin embargo, algunas de ellas presentan repercusiones considerables en la esfera familiar y laboral, vivencias emocionales negativas, la mayoría posee creencias existenciales que le sirven de sustento a la percepción de controlabilidad, asumiendo que las cosas suceden por azar, “el

destino”, “la suerte”, “lo que nos toca”, “me he podido mantener bien, no sé por qué, quizás por la fe en Dios”, según expresiones de las mismas pacientes.

También se tuvo en cuenta la autoeficacia, entendida como parte del juicio de control, referida a la percepción subjetiva de que se poseen las capacidades o habilidades para realizar unas acciones determinadas (Bárez, 2002), relacionada con las interpretaciones del individuo respecto a la posible controlabilidad de la enfermedad y sobre sus capacidades y recursos para ejercer el control que influyen sobre su manera de afrontar, favoreciendo la adaptación a través del uso de estrategias efectivas de afrontamiento con poca reactividad emocional (Merluzzi *et al.*, 2001).

Considerando los aspectos anteriores, así como el potencial regulador de los proyectos personales del sujeto, se evaluó el control real sobre la enfermedad, delimitando éste del juicio de control ilusorio que no se corresponde con la realidad. Finalizado este análisis resultó que un 50 % de las pacientes tienen un juicio de control positivo o percepción de control y el resto denota falta de control.

Tabla 8. Juicio de control sobre la enfermedad

Juicio de control	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	15	50.0
Falta de control	15	50.0

En cuanto a los recursos personales con que cuentan las pacientes para afrontar la enfermedad se trata de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, que han concluido el tratamiento oncológico inicial y no presentan metástasis, por lo que el bienestar biológico está mermado por la enfermedad, no existiendo comorbilidad con otras enfermedades crónicas y psicológicas. De ellas el 90% refiere creencias existenciales, cuando expresan “soy católica”, “creo mucho en San Judas Tadeo”, “me ayudan mis creencias en Dios y en los santos”.

Destacan fundamentalmente compromisos con su familia, en primer lugar con sus hijos, representado por un 55 %, lo que se manifiesta en forma marcada con distintos niveles de intensidad en las pacientes que son madres, los ejemplos más significativos son “necesito tiempo para que mi hijo crezca”, “lo asumí con mucha valentía y mente positiva para criar a mi hija adolescente que es huérfana” y “tengo que vivir por el niño” (se aclara que su hijo

tiene 10 años y una parálisis cerebral infantil); en segundo lugar refieren compromisos con sus padres, destacándose un 20 % que son cuidadoras de familiares adultos mayores enfermos, y por último un 15 % tienen fuertes compromisos con sus esposos, por encontrarse éstos enfermos y/o por tratarse de una familia nuclear incompleta sin hijos.

Dentro de los recursos personológicos que mediatizan el afrontamiento a la enfermedad se exploraron las necesidades, principales motivaciones y proyectos personales. Entre las necesidades que más se reiteran aparecen tranquilidad, de comunicación, tiempo, cariño, comprensión, unidad y salud para su familia, apoyo, mayor acercamiento a sus hijos, distracción, económicas y materiales. Muy vinculado a estas necesidades, las principales motivaciones de las pacientes se relacionan con el área familiar como arreglar su casa, las tareas domésticas, salud familiar, compartir con su familia y ayudarla, cuidar las plantas, tener salud, el trabajo y actividades religiosas.

Los principales proyectos personales que refieren las pacientes se relacionan con hacer o mejorar su casa, la crianza y educación de los hijos, mantener su familia unida y mantener una vida tranquila con su pareja.

Entre los recursos ambientales que intervienen en el afrontamiento tenemos recursos sociales y materiales. Dentro de los recursos sociales se destaca el apoyo social, donde se privilegia el apoyo de la familia y de la pareja en la totalidad de la muestra, aún cuando refieran la presencia de otras redes de apoyo social.

En la literatura se plantea que aunque el apoyo social puede consistir tanto en ayuda percibida como en ayuda recibida, los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otros), parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (Lazarus y Folkman, 1984; Martín y Grau, 2007), lo cual se evidencia en las respuestas de las entrevistadas.

Las pacientes evaluaron sus condiciones materiales de vida de Buenas en un 39%, Regulares un 44 % y Malas un 17 %, basándose en la satisfacción que sienten con las condiciones de la vivienda, tenencia de bienes fundamentales, nivel de hacinamiento e ingresos económicos.

Predominó el afrontamiento centrado en la emoción en un 82 % de la muestra, destacándose en este sentido las estrategias de autocontrol y reevaluación positiva. Las pacientes utilizaron frases como “trato de tener siempre buen ánimo, sé que eso es mejor

para afrontar la enfermedad”, “tengo mente positiva, trato de elevar la autoestima, de sentirme bien, no veo obstáculos”, “no me dejo vencer” y “trato de cuidarme más que antes”

En el 11 % restante de la muestra predomina el afrontamiento centrado en el problema, específicamente las estrategias de planificación y búsqueda de apoyo social, tal es el caso de frases como “la afronto tratando de planificar las actividades dentro de la casa y con la familia, organizando el trabajo” y “salgo a conversar con los vecinos y familiares para entretenerme”

Es importante destacar que un 7 % de la muestra presentó claramente una compensación entre ambas funciones del afrontamiento, lo que se muestra en expresiones como “soy fuerte, me río, tengo buen carácter, converso, guapeo, lo hago todo” y “trato de hacer llevadera la vida, busco placer en lo que hago, así sea un trabajo o un esfuerzo en la vida cotidiana”.

Estos resultados se relacionan con la efectividad del afrontamiento en estas pacientes, que según Lazarus y Folkman (1986) está en relación con las funciones del mismo, dependiendo del grado de consecución de las metas del afrontamiento (reducción del malestar emocional y solución del problema); plantean que la efectividad del afrontamiento en una situación determinada se basa en ambas funciones, pues una persona que domine un problema de forma efectiva pero con un gran costo emocional, no puede decirse que afronte tal problema con eficacia, de forma similar una persona que controle sus emociones adecuadamente, pero que no se dirija a las fuentes de su problema, tampoco puede decirse que afronte eficazmente.

Se encuentran en mayor medida las vivencias emocionales depresivas en un 55%, en un 35% las ansiosas, y en un 25% estados emocionales de ira e impulsividad. Además, en un 20% de la muestra se evidencian emociones positivas, como ánimo, entusiasmo, alegría y fe.

Las principales preocupaciones y temores asociados a la enfermedad son “estar en cama, depender”, “que tenga que volver a ponerme los sueros, que se me caiga el pelo”, “las metástasis”, “que no pueda encaminar a mi hijo”, “que vuelva a aparecer”, “que vuelva, cada vez que me siento algo se me pone la piel de gallina”, “que se vuelva a repetir la historia”, “las limitaciones”; donde está implícito el temor a la recurrencia, tal y como

plantea la literatura, aunque en un 20% de la muestra no se evidencia este temor.

- **Escala de modos de afrontamiento de Lazarus.**

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que predomina el afrontamiento centrado en la emoción en el 83.33% de la muestra, en primer lugar el autocontrol (68 %), en segundo la reevaluación positiva (20%) y en tercero el distanciamiento (12%).

El afrontamiento centrado en el problema predominó sólo en el 16.67% de la muestra, y dentro de éste la estrategia de planificación.

Estos resultados se muestran a continuación en las tablas 9 y 10, y en el gráfico 1 que se encuentra en el Anexo 9.

Tabla 9. Predominio de afrontamiento (Modos de afrontamiento de Lazarus)

Predominio de Afrontamiento		Estrategia de afrontamiento predominante	Porcentaje
Centrado en la Emoción	83.33 %	Autocontrol	68 %
		Reevaluación positiva	20 %
		Distanciamiento	12 %
Centrado en el Problema	16,67 %	Planificación	100 %

Tabla 10. Frecuencias de estrategias de afrontamiento (Modos de afrontamiento de Lazarus)

Afrontamiento Centrado en el problema				
	Confrontación (C)	Búsqueda de apoyo social (AS)	Aceptación de responsabilidad (AR)	Planificación (P)
Media	8.60	10.13	2.83	13.23
Mediana	8.50	12.00	2.50	12.50
Moda	10	12	0	12
Desv. típ.	2.634	3.082	2.890	3.181
Varianza	6.938	9.499	8.351	10.116
Rango	11	12	9	13
Mínimo	2	3	0	5
Máximo	13	15	9	18
Suma	258	304	85	397

Afrontamiento Centrado en la emoción				
	Distanciamiento (D)	Autocontrol (A)	Huída – Evitación (HE)	Reevaluación Positiva (R)
Media	13.30	16.80	9.97	13.33
Mediana	14.00	17.00	10.00	14.00
Moda	15(a)	17	10	14
Desv. típ.	2.781	2.999	3.634	2.708
Varianza	7.734	8.993	13.206	7.333
Rango	11	10	15	10
Mínimo	8	12	4	8
Máximo	19	22	19	18
Suma	399	504	299	400

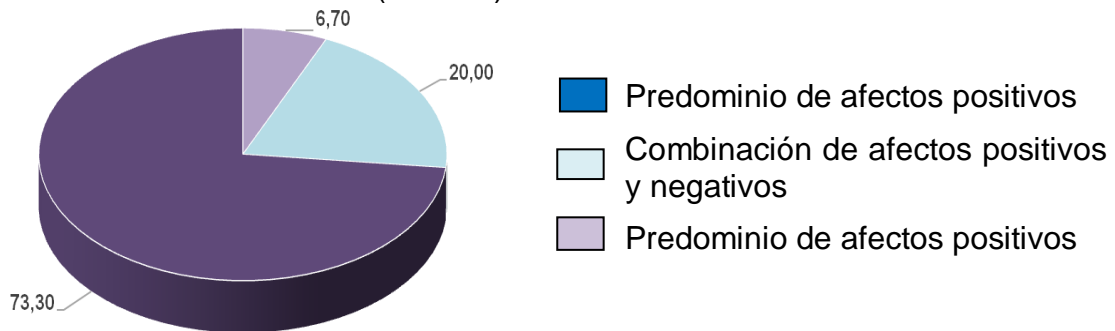
- **Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)**

En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos “en las últimas semanas” (afecto como estado), obteniendo que en un 73.3% predominan los afectos positivos sobre los negativos, en un 6.7% predominan los negativos sobre los positivos, y en un 20 % existe compensación de afectividad positiva y negativa.

Tabla 11. Afecto como estado (PANAS)

Afecto como estado	Frecuencia	Porcentaje
Predominio de afectos negativos	2	6.7
Combinación de afectos positivos y negativos	6	20.0
Predominio de afectos positivos	22	73.3

Gráfico 2. Afecto como estado (PANAS)

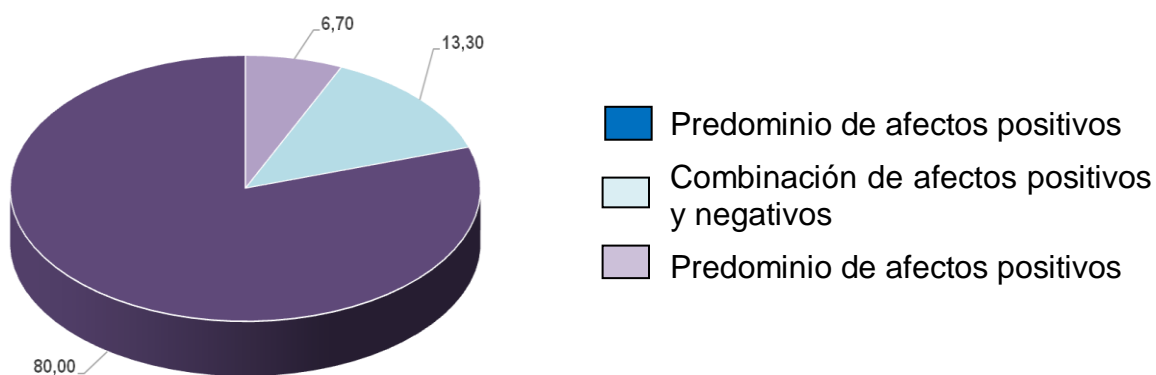


En el segundo apartado del instrumento se evalúa la presencia de los afectos “generalmente” (como rasgo), observando que el comportamiento es similar al afecto como estado, como se aprecia a continuación.

Tabla 12. Afecto como rasgo (PANAS)

Afecto como rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Predominio de afectos negativos	2	6.7
Combinación de afectos positivos y negativos	4	13.3
Predominio de afectos positivos	24	80.0

Gráfico 3. Afecto como rasgo (PANAS)



Según la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se evidenció la similitud del comportamiento de la efectividad como estado y rasgo, lo que se muestra en el Anexo 10.

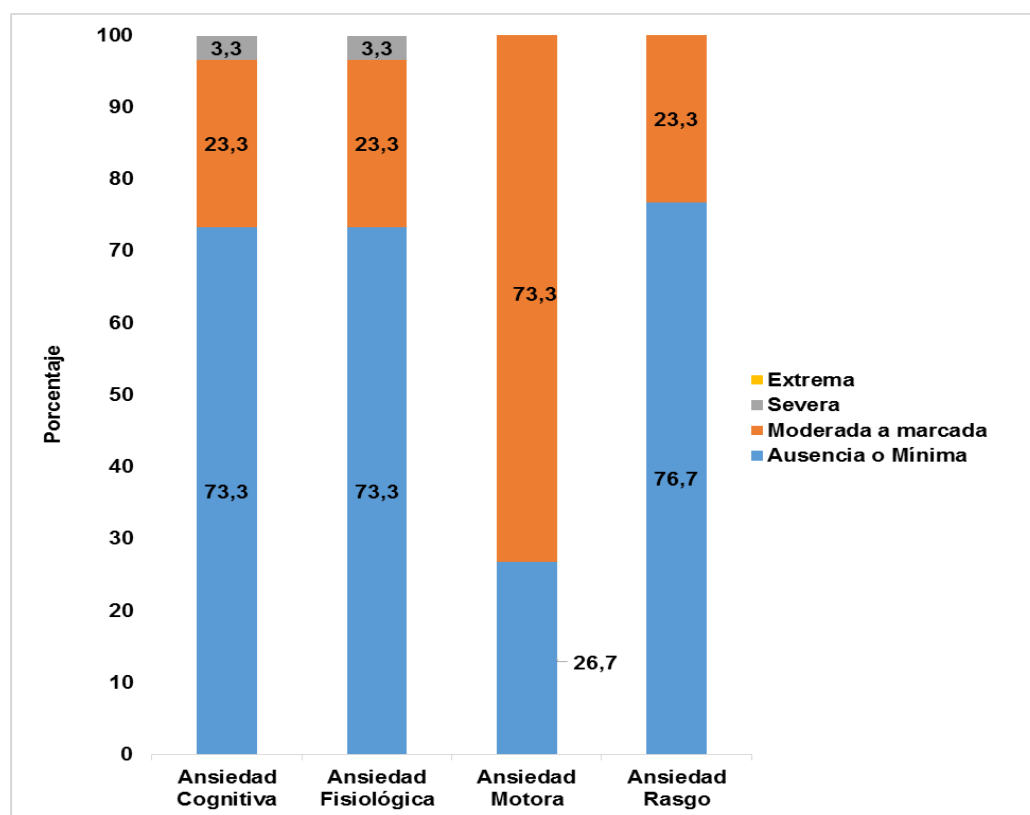
- **Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B).**

En la tabla 14 se muestra la frecuencia de respuestas en los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motora, así como el rasgo o nivel general de ansiedad. Como se puede apreciar la ansiedad como rasgo es mínima en el 76.7 % de la muestra y moderada en el 23.3%. Los niveles de ansiedad más elevados se corresponden con la ansiedad motora, que es de moderada a marcada en el 73.3% de la muestra. Sólo una paciente presenta ansiedad cognitiva y fisiológica severa, y en ningún caso la ansiedad es extrema.

Tabla 14. Comportamiento de rasgos de ansiedad (ISRA-B)

	Ansiedad cognitiva		Ansiedad fisiológica		Ansiedad motora		Ansiedad Rasgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia o mínima	22	73.3	22	73.3	8	26.7	23	76.7
Moderada a marcada	7	23.3	7	23.3	22	73.3	7	23.3
Severa	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0
Extrema	0	0	0	0	0	0	0	0

Gráfico 4. Comportamiento de rasgos de ansiedad (ISRA-B)



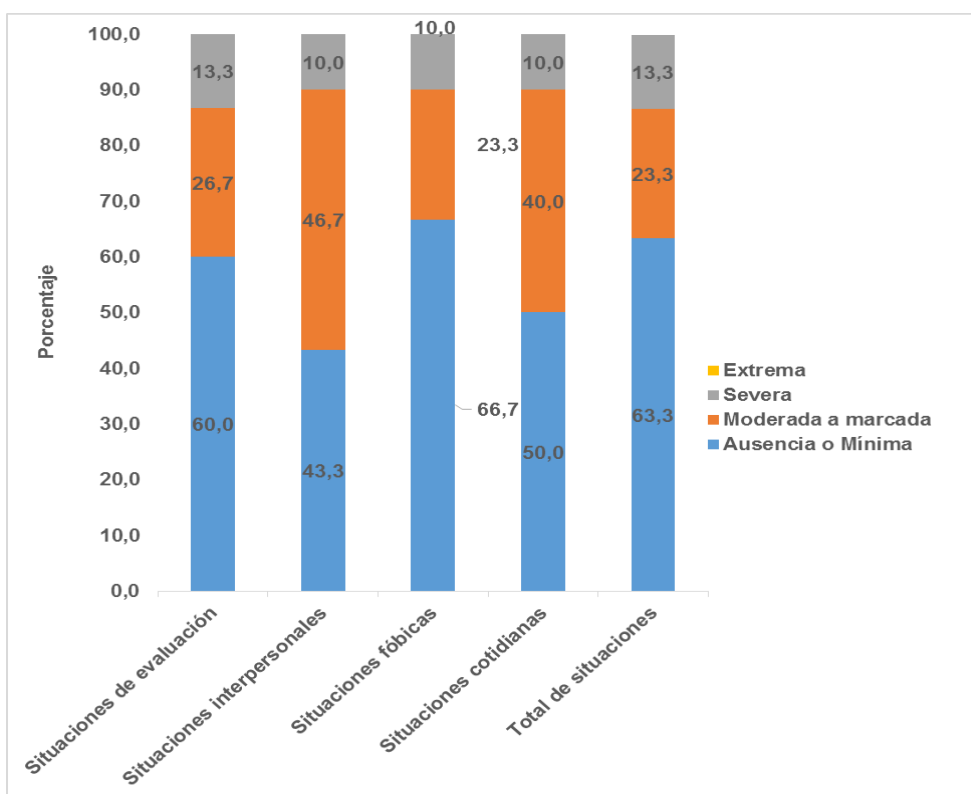
También se obtienen puntuaciones en cuatro áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad en situaciones de evaluación, en situaciones interpersonales, ante situaciones fóbicas, en situaciones de la

vida cotidiana, y el total de situaciones de ansiedad, constatando que en el 63.3% de la muestra el total de situaciones de ansiedad es mínima, de moderada a marcada en un 23.3% y severa en el 13.3%. Al realizar el análisis por categorías de situaciones se observa que el mayor nivel de ansiedad es en situaciones interpersonales con un 46.7%.

Tabla 15. Comportamiento de situaciones de ansiedad (ISRA-B)

	Ansiedad en situaciones de evaluación		Ansiedad en situaciones interpersonales		Ansiedad en situaciones fóbicas		Ansiedad de situaciones cotidianas		Total situaciones de ansiedad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia o mínima	18	60.0	13	43.3	20	66.7	15	50.0	19	63.3
Moderada a marcada	8	26.7	14	46.7	7	23.3	12	40.0	7	23.3
Severa	4	13.3	3	10.0	3	10.0	3	10.0	4	13.3
Extrema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Gráfico 5. Comportamiento de situaciones de ansiedad (ISRA-B)



Al aplicar la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, se demostró que el rango o nivel general de ansiedad y los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones se comportan similarmente, en niveles mínimos, lo que se muestra en el Anexo 11.

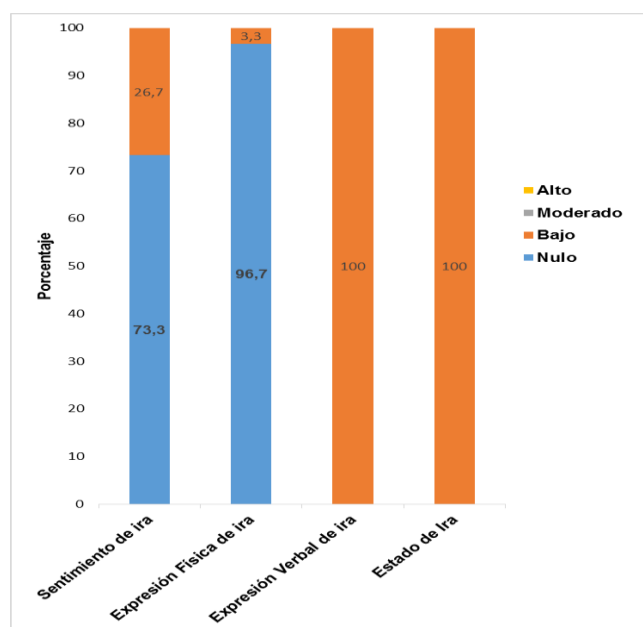
- **Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI – 2 (Adaptación cubana del STAXI – 2).**

En el 100% de la muestra el estado de ira es bajo, pues las subescalas sentimiento de ira, expresión física de ira y expresión verbal de ira se comportan con puntajes entre nulo y bajo, como se muestra a continuación:

Tabla 17. Estado de ira (STAXI – 2)

Estado de ira	Sentimiento de ira		Expresión Física de ira		Expresión Verbal de ira		Estado de Ira	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	22	73.3	29	96.7	0	0	0	0
Bajo	8	26.7	1	3.3	30	100	30	100
Moderado	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0	0	0	0

Gráfico 7. Estado de ira (STAXI – 2)

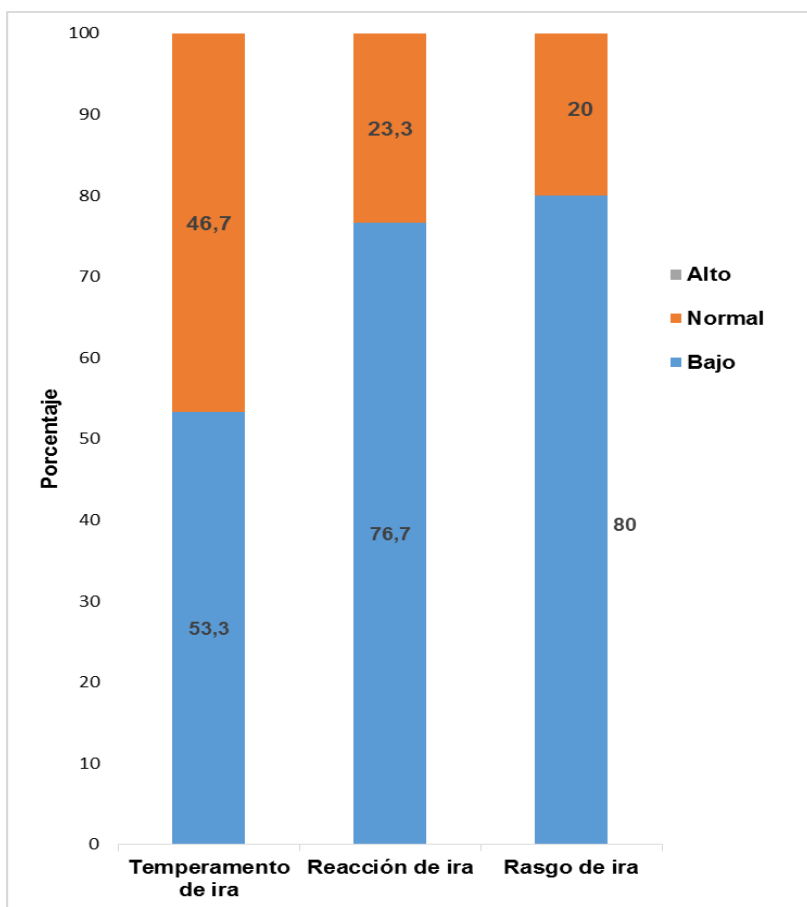


El rasgo de ira predominó bajo en el 80% de la muestra, al igual que sus subescalas temperamento y reacción de ira. Es significativo que ninguna de las pacientes alcanzó un nivel alto en el rasgo de ira ni en sus subescalas. Así se aprecia en la tabla y el gráfico siguientes:

Tabla 18. Rasgo de ira (STAXI – 2)

Rasgo de ira	Temperamento de ira		Reacción de ira		Rasgo de ira	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	53.3	23	76.7	24	80
Normal	14	46.7	7	23.3	6	20
Alto	0	0	0	0	0	0

Gráfico 8. Rasgo de ira (STAXI – 2)



Tanto en el estado como en el rasgo de ira predominan los niveles bajos, aunque en el estado de ira el 100% de la muestra se comporta de esta forma, por lo que son niveles

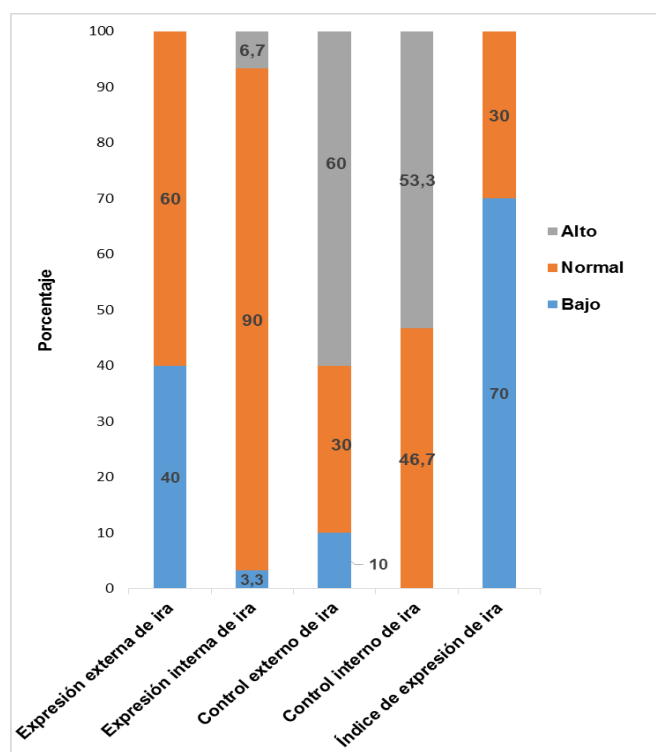
aún más bajos que el rasgo, donde el 20% alcanza niveles normales. Esto se pudo apreciar al realizar la comparación utilizando la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon que se muestra en el Anexo 12.

En la última parte del instrumento se evalúa el índice de expresión de la ira. En la subescalas de expresión externa e interna de ira predominaron valores normales, y el control interno y externo de ira alcanzaron valores altos, por lo que el índice de expresión de la ira resultó bajo en el 70% de la muestra (Tabla 20 y gráfico 10).

Tabla 20. Expresión y Control de Ira (STAXI – 2)

	Expresión externa de ira		Expresión interna de ira		Control externo de ira		Control interno de ira		Índice de expresión de ira	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	40.0	1	3.3	3	10.0	0	0	21	70.0
Normal	18	60.0	27	90.0	9	30.0	14	46.7	9	30.0
Alto	0	0	2	6.7	18	60.0	16	53.3	0	0

Gráfico 10. Expresión y Control de Ira (STAXI – 2)



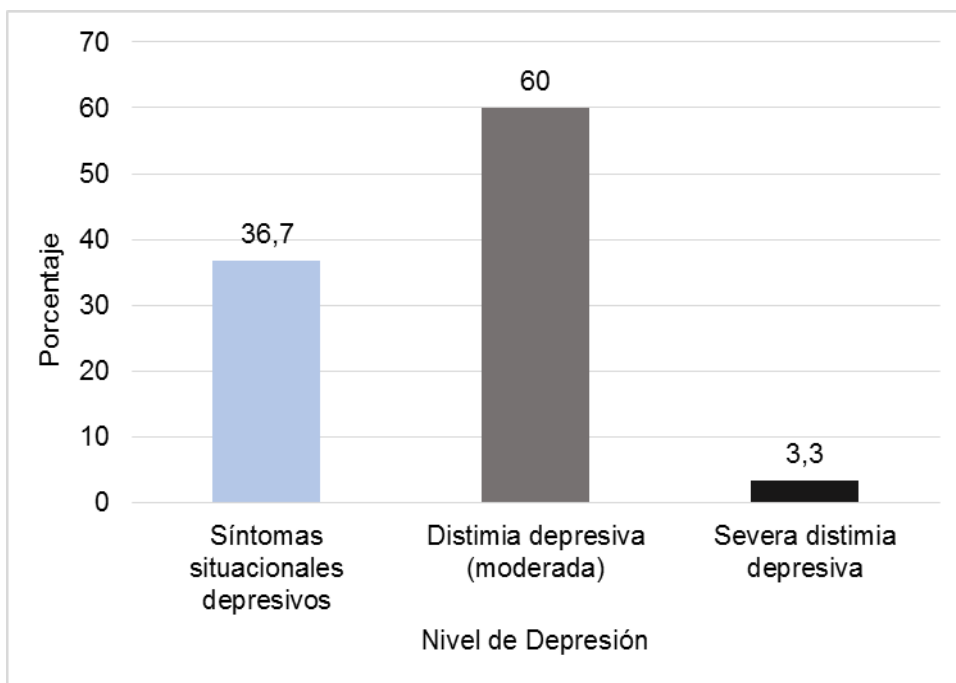
- **Test de Zung y Conde (Adaptación cubana).**

El nivel de depresión se determinó a través del Test de Zung y Conde; como se puede apreciar a continuación 18 pacientes, para un 60%, presentan moderada distimia depresiva, lo que representa más del 50% de la muestra. Es significativo que una paciente presenta una severa distimia depresiva y el resto síntomas situacionales depresivos (36.7%)

Tabla 21. Comportamiento del nivel de depresión (Test de Zung y Conde)

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas situacionales depresivos	11	36.7
Distimia depresiva (moderada)	18	60.0
Severa distimia depresiva	1	3.3

Gráfico 11. Comportamiento del nivel de depresión (Test de Zung y Conde)



3.2. Relación entre los indicadores del afrontamiento juicio de control y bienestar emocional, y algunas variables moduladoras.

Después de realizado el análisis por técnicas, donde se describe el comportamiento de la variable, cada uno de sus indicadores y otras variables moduladoras, se procedió a determinar las posibles relaciones entre las mismas, utilizando pruebas de correlación, de Chi cuadrado y análisis multivariado.

El valor de la correlación entre juicio de control y bienestar emocional (0.697**) indica que existe correlación directa entre las variables, muy significativa; lo que se corrobora aplicando pruebas de Chi Cuadrado, donde la Significación $0.001 < 0.05$ ($\alpha = 5\%$), por lo que se acepta la hipótesis de dependencia de las variables.

Tabla 22. Juicio de control y Bienestar emocional

		Juicio de control	Bienestar emocional
Juicio de control	Correlación de Pearson	1	,697(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	30	30
Bienestar emocional	Correlación de Pearson	,697(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	30	30

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

Tabla 23. Tabla Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,000(a)	2	,001
Razón de verosimilitudes	20,419	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,069	1	,000
N de casos válidos	30		

a 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,50.

Esto coincide con evidencias clínicas donde se observa que en las pacientes que autorregulan mejor sus estados emocionales se logra la percepción de control adecuada de su realidad tributando a una mayor calidad de vida. También se analizó la correlación entre la edad y el tiempo de evolución con el juicio de control. En cuanto a edad – juicio de control se encontró una proporcionalidad inversa, es decir a mayor edad, menor juicio de control, aunque esta correlación fue poco significativa (Tabla 24).

Tabla 24. Correlación entre edad y juicio de control

		Edad	Juicio de control
Edad	Correlación de Pearson	1	-,154
	Sig. (bilateral)		,416
	N	30	30
Juicio de control	Correlación de Pearson	-,154	1
	Sig. (bilateral)	,416	
	N	30	30

Similarmente la correlación de Pearson entre tiempo de evolución y juicio de control fue de **-,461(*)** es inversa, pero en este caso es significativa, a mayor tiempo de evolución menor juicio de control (Tabla 25). Se considera que ambos resultados se están relacionando con las características específicas de la muestra, donde el mayor número de pacientes se encuentra en el grupo de 71- 80 años (26.7%), seguido del grupo de 61-70 años (23.3%), siendo esta una característica particular de la muestra estudiada, o sea al predominar estos grupos de edades, se da una tendencia en ellas.

Tabla 25. Correlación entre tiempo de evolución y juicio de control

		Juicio de control	Tiempo de evolución
Juicio de control	Correlación de Pearson	1	-,461(*)
	Sig. (bilateral)		,010
	N	30	30
Tiempo de evolución	Correlación de Pearson	-,461(*)	1
	Sig. (bilateral)	,010	
	N	30	30

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De igual manera se analizó la correlación entre la edad y el bienestar emocional, obteniéndose proporcionalidad directa pero poco significativa, a mayor edad mayor bienestar emocional (Tabla 26). Además la correlación entre el tiempo de evolución y el bienestar emocional fue inversa poco significativa, lo que se traduce en que a mayor tiempo de evolución menor bienestar emocional (Tabla 27).

Tabla 26. Correlación entre edad y bienestar emocional

	Edad	Bienestar emocional
Correlación de Pearson	1	,123
Sig. (bilateral)		,516
N	30	30
Correlación de Pearson	,123	1
Sig. (bilateral)	,516	
N	30	30

Tabla 27. Correlación entre tiempo de evolución y bienestar emocional

	Tiempo de evolución	Bienestar emocional
Correlación de Pearson	1	-,284
Sig. (bilateral)		,129
N	30	30
Correlación de Pearson	-,284	1
Sig. (bilateral)	,129	
N	30	30

Una relación importante encontrada, ilustrativa de la elevación de la supervivencia en las pacientes aquejadas por esta enfermedad, se muestra en la siguiente tabla de contingencia, donde se muestra que el mayor número de pacientes de la muestra presentan 6 años o más de evolución, encontrándose en este caso 17 mujeres, más del 50%, y de ellas a 11 se les realizó la cirugía radical de la mama, como se muestra a

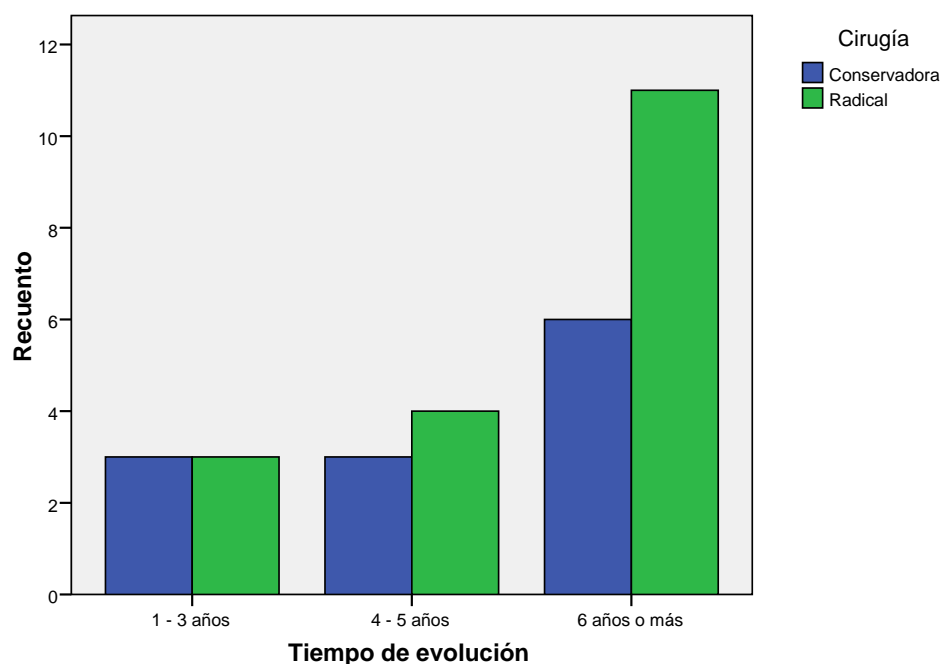
continuación.

Tabla 28. Contingencia Tiempo de evolución * Cirugía

		Cirugía		Total
		Conservadora	Radical	
Tiempo de evolución	1 - 3 años	3	3	6
	4 - 5 años	3	4	7
	6 años o más	6	11	17
Total		12	18	30

Este resultado se grafica seguidamente en el gráfico 11 para su mejor apreciación.

Gráfico 11. Relación entre tiempo de evolución y tipo de cirugía



Se realizó además un análisis multivariado basado en árboles de clasificación con criterio Chi Cuadrado, con el objetivo de detectar asociaciones relevantes entre los indicadores del afrontamiento, como se aprecia en los anexos 13 y 14, obteniéndose, en las pacientes de la muestra, los siguientes resultados:

- Si la depresión se manifiesta con síntomas situacionales depresivos, y la ansiedad rasgo es ausente o mínima, entonces el bienestar emocional es medio.
- Si la depresión es moderada o severa, y la ansiedad rasgo está ausente o mínima, entonces el bienestar emocional es medio.
- Si la depresión se manifiesta con síntomas situacionales depresivos, entonces el bienestar emocional es alto.
- Si la ansiedad rasgo es moderada, severa o marcada, entonces el bienestar emocional es bajo.
- Si la depresión es moderada o severa, entonces el bienestar emocional es medio.
- Si el total de situaciones de ansiedad es mínima y el bienestar emocional es medio o bajo, entonces hay falta de control.
- Si el total de situaciones de ansiedad es moderada, severa o extrema, y el bienestar emocional es medio o bajo, entonces hay falta de control.
- Si el total de situaciones de ansiedad es moderada, severa o extrema, entonces hay falta de control.
- Si el total de situaciones de ansiedad es mínima entonces el juicio de control es positivo, o lo que es lo mismo existe control percibido.
- Si el bienestar emocional es alto, entonces el juicio de control es positivo, o lo que es lo mismo existe control percibido.

Como se puede apreciar existen diferentes asociaciones que hablan a favor de la relación entre el bienestar emocional y el juicio de control, tributando al afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento fueron analizadas desde su particularidad ya que no existe una mejor o peor estrategia, esto depende del sujeto, la situación, y el contexto específico de dicho vínculo.

3.3. Análisis integrador de los resultados

Para realizar el análisis integrador de los resultados obtenidos en la investigación se tuvo en cuenta los resultados de las técnicas, con el apoyo de los datos estadísticos, y triangulando cualitativamente la información. Los análisis se basaron en el comportamiento de los indicadores propuestos para la evaluación de la categoría afrontamiento, así como de las variables moduladoras, que sin duda están participando

en el proceso, si se tiene en cuenta su carácter personalizado, y su complejidad desde el vínculo cognición –emoción.

Predominó el afrontamiento centrado en la emoción, lo cual se constató en la entrevista y en la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus, específicamente predominaron el autocontrol, la reevaluación positiva y el distanciamiento. El predominio del afrontamiento centrado en el problema fue menor, en este sentido las estrategias que se destacaron fueron la planificación y la búsqueda de apoyo social. En solo una minoría se apreció la compensación del afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, que es el que autores como Lazarus y Folkman (1986) relacionan con la efectividad del afrontamiento, en la medida en que se cumplen las metas del afrontamiento, la reducción del malestar emocional y solución del problema, lo cual aunque no fue objetivo de la investigación podemos inferir que el afrontamiento no es efectivo en este grupo de mujeres.

Coincidimos con estos autores cuando plantean que la efectividad del afrontamiento en una situación determinada se basa en ambas funciones, pues una persona que domine un problema de forma efectiva pero con un gran costo emocional, no puede decirse que afronte tal problema con eficacia, de forma similar una persona que controle sus emociones adecuadamente, pero que no se dirija a las fuentes de su problema, tampoco puede decirse que afronte eficazmente.

El juicio de control, concebido como indicador del afrontamiento, se evaluó en la entrevista realizada. Todas respondieron creerse capaces de “controlar” o “manejar” la situación de enfermedad, sin embargo, algunas de ellas presentan repercusiones considerables en la esfera familiar y laboral, vivencias emocionales negativas, una gran mayoría posee creencias existenciales que le sirven de sustento a la percepción de controlabilidad, asumiendo que las cosas suceden por azar, “el destino”, “la suerte”, “lo que nos toca”, “me he podido mantener bien, no sé por qué, quizás por la fe en Dios”, según expresiones de las mismas pacientes. Esto denota que puede tratarse de un control ilusorio o falta de control no existiendo en el 50% de la muestra control real sobre la enfermedad.

También se tuvo en cuenta la autoeficacia, entendida como parte del juicio de control, referida a la percepción subjetiva de que se poseen las capacidades o habilidades para realizar unas acciones determinadas (Bárez, 2002), relacionada con las interpretaciones del individuo respecto a la posible controlabilidad de la enfermedad y sobre sus

capacidades y recursos para ejercer el control que influyen sobre su manera de afrontar. Otra mirada a esta cuestión pudiera ser la consideración del potencial regulador de los proyectos personales del sujeto, pues varias pacientes de la muestra tienen proyectos familiares importantes que constituyen un reto para ellas como la educación de hijos pequeños, de adolescentes, o el cuidado de ancianos, que puede estar mediatizando el juicio de control positivo o percepción de control.

En la muestra estudiada se manifiestan en mayor medida las vivencias emocionales depresivas, seguidas de las ansiosas, y en menor medida los estados emocionales de ira e impulsividad. Además, en varias pacientes de la muestra se evidenciaron emociones positivas, como ánimo, entusiasmo, alegría y fe. Esto nos permitió determinar que en un 30 % el bienestar emocional es alto, debido al predominio de las emociones positivas sobre las negativas; en un 16,7% es bajo dado por el predominio de emociones negativas sobre las positivas, y medio en el 53,3%, donde se compensan ambos afectos, positivo y negativo. Estos resultados coinciden con investigaciones recientes donde se obtuvo que las vivencias emocionales depresivas son las predominantes en pacientes con esta enfermedad (Pino, 2014).

Se justifica así el predominio de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, en un esfuerzo de las pacientes por autorregularse y controlar su estado emocional, para afrontar la enfermedad que representa para ellas un evento altamente estresante, así como las otras fuentes de estrés cotidiano que tienen como madres, esposas y en muchos casos cuidadoras.

Entre las fuentes de estrés que expresaron las pacientes investigadas se relacionan con los efectos negativos de los tratamientos, las limitaciones derivadas de éstos y de la propia enfermedad, dificultades en la esfera sexual, la comunicación del diagnóstico, la interrupción de importantes proyectos familiares como el cuidado de hijos pequeños y adolescentes, la interrupción temporal de la actividad laboral en algunos casos y el estrés de trabajo en otros, la soledad y el cuidado de familiares enfermos o incapacitados. El 10% de la muestra negó la presencia de fuentes de estrés, lo que está relacionado con un alto bienestar emocional en uno de los casos, y en el resto está vinculado con una estrategia de afrontamiento de evitación y negación.

El valor de la correlación entre juicio de control y bienestar emocional indica que existe

correlación directa entre estas variables que constituyen indicadores del afrontamiento, lo cual destaca el papel de ambas variables para la efectividad del afrontamiento.

Un resultado interesante para la prevención resulta la relación entre tipo de cirugía y tiempo de evolución de la enfermedad, indicando que la cirugía radical de mama tributa a la elevación de la supervivencia en las pacientes aquejadas por esta enfermedad, ejemplo de ello es que más del 50% de la muestra presentan 6 años o más de evolución, y coincidentemente fueron sometidas a esta cirugía.

De esta forma, se aprecia que la relación entre bienestar emocional, juicio de control, autoeficacia y estrategias de afrontamiento, en constante interacción con la personalidad del paciente, desempeñan un papel trascendental en cómo se percibe, valora y afronta la enfermedad por el mismo, y lo conducirán a una adaptación efectiva (o no) a la enfermedad, concibiendo el afrontamiento como una expresión funcional de la personalidad como integridad.

CONCLUSIONES

Al terminar el trabajo se arriba a las siguientes conclusiones:

En la muestra objeto de estudio predominó el afrontamiento centrado en la emoción, siendo las estrategias de afrontamiento más empleadas, el autocontrol, la reevaluación positiva y el distanciamiento, que influyen en el juicio de control siendo en muchos casos ilusorio.

Las emociones negativas de ira y ansiedad tuvieron una baja expresión en las pacientes, no siendo así la depresión que predomina en la muestra estudiada. Las emociones positivas más frecuentes son: el optimismo, el orgullo, el entusiasmo, la fe. El predominio de emociones positivas y negativas o la combinación estas, permitió identificar que el 53% de las pacientes tienen niveles medios de bienestar emocional, mientras que el 30% es alto y en el 17% es bajo.

Se evidencia correlación positiva entre el juicio de control y el bienestar emocional, demostrando el valor de ambas variables para potenciar el afrontamiento efectivo de dichas pacientes.

Como resultado de alto valor para la prevención de constató que la cirugía radical de mama tributa a la elevación de la supervivencia en las pacientes participantes en el estudio.

RECOMENDACIONES

Después de analizar los resultados obtenidos se hace imprescindible hacer recomendaciones como las siguientes:

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicológica dirigida a las pacientes con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad dirigido a potenciar el afrontamiento.

Extender el estudio a muestras similares de manera tal que sea generalizable.

Teniendo en cuenta que la familia constituye la principal fuente de apoyo social para estas pacientes, sugerimos tenerla en cuenta como variable resiliente para las futuras acciones interventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón, A. (2011). Manual de Psicooncología. Obtenido de <http://www.boloncol.com/boletin-26/index.html>
2. Alfonso, C. (2004). El problema del cáncer de mama en Cuba. *Revista Cubana de Oncología*, 10(16), 12-14.
3. Alfonso, L. (2008). *Autovaloración y estilos de afrontamiento en la mujer recién mastectomizada por cáncer de mama* Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
4. Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral (Vol. 2)*. La Habana: Ciencias Médicas.
5. American Society of Clinical Oncology. (2012). Sobrevivencia al cáncer. Próximos pasos para los pacientes y sus familias. Recuperado de <http://www.aicr.org/patients-survivors.800-843-8114>
6. Andrykowski, M., Córdoba, M., Mcgrath. P., Sloan, D. & Kennedy, E. (2008). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1 – year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9, 69-78.
7. Anuario Estadístico de Salud. (2010). Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Obtenido de <http://www.cielo.sld.cu>
8. Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales Sis San Navarra*, 24 (1), 173-178. Recuperado de <http://arsenopirita.boumort.cesca.cat/index.php/ASSN/article/viewFile/5848/4736>
9. Bandura, A. (1977). Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
10. Bárcena, A., Prado, A., Gerstenfeld, P. y Pérez, R. (2013). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*.
11. Báñez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama* Tesis Doctoral, Área de Psicología Básica,

Departamento de Psicología de la Educación, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

12. Báñez, M., Blasco, T, y Fernández- Castro, J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235- 46.
13. Barranco, H. (2011). Cáncer de mama. ¿Puede evitarse? Recuperado de <http://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=16729>
14. Bartolomé, M.J., Trueba, M.A. y Talavera, M.A. (2012). *Información: pacientes y familiares*. Santiago de Compostela, España.
15. Bartuste, D. (2014). *Bases teóricas y metodológicas para un programa psicoeducativo dirigido a mujeres con cáncer de mama*. Tesis en Opción al Título de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara.
16. Bayés, R. (1984). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
17. Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica (2da edición)*. Barcelona: Martínez Roca.
18. Bayés, R. (1999). La psicooncología en España. *Medicina Clínica* (113), 273-277.
19. Bayés, R. y Toro, J. (2000). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
20. Bayo, J.L., García, J., Lluch, A, y Valentín, V. (2007). *Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes*. Madrid: Entheos.
21. Beers, M.H. y Berkow, R. (1999). *El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento (Décima edición española)*. Madrid: Harcourt, S. A.
22. Beers, M.H., Porter, R.S., Jones, T.V., Kaplan, J.L. y Berkwits, M. (2007). *El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento. Undécima Edición (Tomo V y VIII)*. España: Elsevier.
23. Benítez, J. (2000). Bases genéticas del cáncer hereditario. Implicaciones diagnósticas. *Revista Cubana de Oncología*, 23(1), 8-17.
24. Bernal, M., Gómez, F. J. y Gómez, G. J. (2001). Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. *Atención Primaria*, 27, 79-85.

25. Blasco, T., Borrás, F.X., Bonillo, A. y Fernández, J. (1997). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre el recuerdo de palabras. *Anales de Psicología*, 13, 163-175.
26. Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
27. Braunwald, E. (2002). *Principios de medicina interna*. Madrid: Mc Graw- Hill.
28. Brime, B., Frutos, P., Ballesteros, M.P. y Frances, M.C. (2000). Sociofarmacia. La organización de la lucha contra el cáncer. *Offarm*, 19(10), 128-141.
29. Brito, P. (2009). Cáncer de mama e imagen corporal. Recuperado de <http://drabrito.wordpress.com/2009/02/17/cancer-de-mama-e-imagen-corporal/#comment-64>
30. Bushong, S. C. (2005). *Manual de radiología para técnicos: Física, Biología y protección radiológica (8va edición)*. España: Elsevier.
31. Camacho, R. (2000). *Necesidades de los programas de control del cáncer*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
32. Capote, L. (1992). Epidemiología del cáncer de la glándula mamaria. *Avances en Mastología*, 12(3), 67-74.
33. Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. & Clark, K. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
34. Casal, A. (2001). *Complemento al programa de la asignatura Psicología Médica I*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
35. Castillo, Z.E. (2012). *Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico*. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
36. Castillo, Z.E., Navarro, M.C. y De la Torre, M.V. (2011). Guía psicoeducativa sobre cáncer de mama.
37. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I. y Navarro, M. (2011). Rehabilitación psicológica de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/terapia-cancer-de-mama.html>

38. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I. y Navarro, M. (2012). Intervención psicológica en la autovaloración de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos93/intervencion-psicologica-autovaloracion-mujeres-diagnostico-cancer-mama/intervencion-psicologica-autovaloracion-mujeres-diagnostico-cancer-mama.shtml>
39. Chaney, A.W., Pollack, A. & M.D., M. (2000). Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 89(7), 1502-1511.
40. Clariana, S.M. y Alfonso, P. (2012). *Psicología de la salud*. Madrid: Centro de Documentación de Estudios y Oposiciones (CEDE).
41. Cortés-Funes, H. y Colomer R. (2009). *Tratado de Oncología*. Publicaciones Permanyer.
42. Cortner, J. & Vandewoude, G. F. (1997). Essential of molecular biology. In (Jr). De Vita, S. Hellman & S. A. Rosemberg (Eds.), *Cancer. Principles and practice of Oncology* (5 ed., pp. 3-33). Philadelphia: Lippincott, Raven.
43. Dabrowski, M., Boucher, K. & Ward, J. (2007). Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw*, 5 (1), 104-11 Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
44. De la Garza, J. y Márquez, G. (2007). Neoplasmas de la mama. Cáncer de mama. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfam7-4/mama74.html>
45. Del Pilar, M. (2009). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Rev. Perinatol Reprod Hum*, 21 (2). Recuperado de <http://www.imbiomed.com.mx>
46. Díaz, P.A. y Sánchez, J. (2004). El área nuclear como indicador diagnóstico en el carcinoma ductal de la mama: un estudio metaanalítico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 23(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002004000300004&lng=es&nrm=iso
47. Die Trill M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: Ades ediciones.

48. Durá, E. y Ibáñez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENCAS*, 1(1), 27- 43.
49. Edwards, A., Hailey, S. y Maxwell, M. (2008). Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico (*Revisión Cochrane traducida*). Recuperado de <http://www.update-software.com>
50. Escobar, E.Y. (2008). *Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. Tesis de diploma publicada, Lima, Perú.
51. Everly, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum.
52. Falcão, I.C., Carvalho, A.F., Magalhães da Silva, R., Holanda A. (2002). Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev Enferm IMSS*, 10 (2), 79-84.
53. Fawzy, I.F. & Fawzy, N.W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
54. Fernández - Abascal, E.G, y Palmero, F. (1999). Emociones y Salud. En E.G., Fernández- Abascal (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 5-17). Barcelona: Ariel.
55. Fernández- Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, S.A.
56. Fernández - Ballesteros, R. (2001). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
57. Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 169-179.
58. Fernández, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sans, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal Percibida de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4 (1), 31-41.
59. Fernández, J., Martín, A. y Vizoso, F. (2004). Aspectos psicológicos y psiquiátricos relacionados con el cáncer de mama. *Anales de Psiquiatría*, 20(2), 62-69. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/psicologia_oncologica/17145/

60. Fernández, J. y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10(2), 127- 133.
61. Fernández, L. (2002). La personalidad. Algunos presupuestos para su comprensión. En Z. Bello y J.C. Casales, *Psicología General* (pp. 76-90). La Habana: Félix Varela.
62. Fernández, L. (2003). *Pensando en la personalidad: Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
63. Fernández, L. (2006). *Pensando en la Personalidad*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
64. Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Editorial Pomolibro.
65. Freire, A. (2012). *Particularidades de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama del GBT de Mata*. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología, Carrera de Psicología, Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz, Santa Clara.
66. Fritis, M. (2010). La precocidad de la detección es fundamental para la sobrevida de la paciente. Recuperado de http://www.servicios\servicios_medicos.html
67. Fujimoto, E. (2011). Cáncer. Consejos de Psicoterapia Recuperado de <http://www.esencialidad.com/index.php?option>
68. Futterman, A.D., Kemeny, M.E., Shapiro, M.E. y Fahey, J.L. (1994). Immunological and psychological changes associated with induced positive and negative moods. *Psychosomatic Medicine*, 56, 499-511.
69. Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J. & Meyerowitz, B. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
70. García, J.M. y Domínguez, M.L. (2010). Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16 (2), 125 - 139.
71. Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L., Classen, C., Cordova, M., Fobair, P., Benson, J., Kraemer, H. & Spiegel, D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for

women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 4, 916-925.

72. Gómez, I. (2008). *Propuesta de una estrategia para la rehabilitación integral de las pacientes longevas con cáncer de mama*. Tesis de Maestría, Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz, Santa Clara.
73. Gómez, I., Estévez, L. y Santana, S. (2008). Cáncer de mama: Resultados del año 2005. *Medicentro*, 12(2).
74. Gómez, M. (1998). *Cuidados Paliativos: Atención Integral a enfermos terminales*. Canarias: ICEPSS, editores, S.L.
75. González, D. y Aguilar, K. (2009). *Bases de una estrategia de intervención psicológica en mujeres mastectomizadas dirigida a potenciar la autovaloración*. Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
76. González, F. (2009). *Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad. Una aproximación desde Vigotski hacia una perspectiva histórico cultural*. Argentina. Buenos Aires.
77. González Rey, F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. Ciudad de La Habana: Félix Varela.
78. González Rey, F. y Mitjans, A. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.
79. González, I. y Bermúdez, L. (2008). *Autovaloración y estilos de afrontamiento en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de 2 a 4 años*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
80. Goodwin, P., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H., Navarro, M., Speca, M. & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345, 1719-1726.
81. Grau, J. (2011). Psicooncología en Cuba. Pasado, presente y futuro. Conferencia impartida durante la sesión de creación de la Sección de Psicooncología de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, marzo.

82. Grau, J. A. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad: repercusiones para la psicología de la salud contemporánea. En E. Hernández y J. A. Grau, (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
83. Grau, J.A., Llantá, M.C. y Massip, C. (2005). La Psicología de la Salud y la lucha contra el cáncer. En E. Hernández y J. A. Grau, (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
84. Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*, 27 (1), 37-58.
85. Grau, J. y Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, enero-junio, 137-149.
86. Grupo Nacional de Cáncer de Mama. (1998). *Programa Nacional de Cáncer de Mama*. La Habana: MINSAP.
87. Guilbert, W., Grau, J., Romero, T.C., Labrada, M.C. y Chacón, M. (2004). Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Rev. Cub. Medicina General Integral*, 16(2), 186-190.
88. Guirado, O. y Escrich, E. (2008). Lípidos en la dieta y cáncer de mama. *Medicentro*, 12(1). Recuperado de <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202008/v12n1a08.php>
89. Haylock, P. (2006). The shifting paradigm on cancer care. *Cancer Nurs*, 29(2 Suppl), 9-16.
90. Helms, R.L., O'Hea, E.L. & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med.*, 13(3), 313-325.
91. Hernández, E. y Grau, J.A. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

92. Heron, D., Komarnicky, L. & Hyslop, T. (2000). Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Cancer*, 88 (12), 2739-2750.
93. Herrera, L.F. y Delgado, J. (2008). Un acercamiento a la definición de la controlabilidad en el proceso salud-enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(39), 475-484.
94. Holland, J. (1989) Psicooncología. Obtenido de www.alcp.com
95. Hyland, M.E. (2011). *The Origins of Health and Disease*. (Published in the United States of America by Cambridge University Press, New York). Recuperado de <http://www.cambridge.org/9780521719704>
96. Instituto Nacional del Cáncer. (2012). Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <http://ancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional>
97. Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement. Daily hassles and uplifts versus major life events. *J. Beh Medicine*, 4, 1- 39.
98. Keir, S.T., Calhoun-Eagan, R.D. & Swartz, J.J. (2008). Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. *Psychooncology*, 17(6), 621-625. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
99. Knapp, E. (2005). *Psicología de la salud*. Ciudad de La Habana: Félix Varela.
100. Knapp, P.H., Levy, E.M., Giorgi, R.J., Black, P.H., Fox, B.H. & Heeren, T.C. (1992). Short –term immunological effects on induced emotion. *Psychosomatic medicine*, 54, 133- 148.
101. Krychman, M.L. & Katz, A. (2012). Breast cancer and sexuality: Multi-modal treatment. *Journal of Sexual Medicine options*, 9 (1), 5-13.
102. Labrador, F.J. (1995). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Ediciones Madrid: Temas de Hoy.
103. Lazarus, R.S. (2000). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
104. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
105. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

106. LLantá, M., Grau, R., & Chacón, M. (1996). Estrés en pacientes mastectomizadas e hysterectomizadas. *Boletín del Hospital Psiquiátrico de La Habana, XVIII*(2), 19-32.
107. León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martín, A. y Seguí, M.A. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología, 10* (2-3), 263-274.
108. Leventhal, H. (2000). Emotions: structure and adaptative functions. En G. Fink (Ed.) *Encyclopedia of Stress. Volume 2* (pp. 34-47). San Diego, C.A: Academic Press.
109. Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine, 1*(3), 91-102.
110. Lostumbo, L., Carbine, N., Wallace, J. y Ezzo, J. (2008). Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). Obtenido de www.update-software.com.
111. Maldonado, N. (2008). *Afrontamiento y autovaloración en mujeres mastectomizadas con una sobrevivida de más de cinco años*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
112. Martín, M. y Grau, J.A. (2007). Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento. En F.M. González, *Instrumentos de evaluación psicológica* (pp. 219-261). Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
113. Martínez, R.V. (2006). Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 32*(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000300005&lng=es&nrm=iso
114. Mas, S. (2010). Consejería telefónica sobre cáncer de mama. Recuperado de <http://www.bureaudeprensa.com/bureaunews>
115. Menéndez, M. (2007). Con el valor de una amazona. Cáncer de mama. *Juventud Rebelde, 42* (298), 3-4.
116. Merluzzi, T.V. & Martínez, M.A. (1997). Perceptions of coping behaviors by persons with cáncer and health care providers. *Psycho-Oncology, 6*, 197-203.

117. Middleton, J. (2010). Psico-oncología en el siglo XXI. Recuperado de <http://www.joomlatune.com/>
118. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud. (2014). *Anuario Estadístico de Salud 2013*. La Habana: MINSAP.
119. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. (2006). *Anuario Estadístico de Salud*. La Habana: MINSAP.
120. Ministerio de Salud Pública. (2011). *Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Algoritmos de Actuación para la Atención Primaria de Salud*. La Habana: MINSAP.
121. Ministerio de Salud Pública. (2011). Registro Nacional de Cáncer (RNC). Recuperado de <http://www.uncc.sld.cu/>
122. Ministerio de Salud Pública. (2002). *Programa Nacional de reducción de la mortalidad por cáncer*. La Habana: MINSAP.
123. Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
124. Molerio, O., Nieves Z, Otero, I. y Casas, G. (2004). Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo. (STAXI-2). Adaptación cubana. Informe de investigación científica. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
125. Molerio, O., Nieves Z, Otero, I. y Casas, G. (2004). Manual del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. (ISRA-B). Adaptación cubana. Informe de investigación científica. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
126. Montiel, V.E. (2009). *Particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora*. Tesis en opción al Grado Científico de Master en Psicología Médica, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
127. Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.

128. Mora, Y. y Sánchez, E. (2004). Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30(1), 12-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scienlo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100009&lng=es&nrm=iso
129. Morales, R. y Pollán, A. (1999). Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*, 15(3), 247-252. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300005&lng=es&nrm=iso
130. Murillo, M. y Holland, J.C. (2011). Manual de Psicooncología. Obtenido de <http://www.boloncol.com/boletin-26/index.html>
131. Navarro, M.C. (2009) *Propuesta metodológica para la elaboración de una Guía Psicoeducativa en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en etapa I y II de la enfermedad*. Tesis de Maestría, UCM, Santa Clara.
132. Nishimura, S. (2003). Delineación ultrasonográfica del cáncer de mama y sus características histopatológicas. *Nippon Gecokkai Zasshi*, 92(1), 75-81.
133. Núñez de Villavicencio, F. (2006). *Psicología y Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
134. Offit, K., Gilewski, T. & McGuire, P. (1996). Germline BRCA1 185delAG mutations in Jewish women with breast cancer. *Lancet* 347(9016), 1643-1648.
135. Organización Mundial de la Salud. (1999). Programas Nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS.
136. Organización Mundial de la Salud. (2004). *El marco político de Salud para todos en la región europea de la OMS*. Washington D.C.
137. Organización Mundial de la Salud y Unión Mundial Contra el Cáncer. (2005). *Acción mundial contra el cáncer*. Ginebra.
138. Organización Mundial de la Salud. (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007. Forjemos el futuro. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2003/es/>
139. Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales.
140. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística*

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión) Vol I. Washington, DC.

141. Páez, M.B., Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4 (1), 75-95.
142. Pandey, M., Thomas, B., Ramdas, K., & Ratheesan, K. (2006). Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 36, 468-472.
143. Perales, V.J. (2008). *Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno*. Trabajo de Grado para optar por el título de Especialista en enfermería oncológica, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá, DC.
144. Peralta, O. (2002). Cáncer de mama en Chile. Datos epidemiológicos. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 67(6), 439-445.
145. Pino, M.D. (2014). *Caracterización de la dinámica de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad*. Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
146. Rey, M., Blasco, T. y Borrás, F. (2000). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia. *Anales de Psicología*, 16(1), 23-31.
147. Rigol, O. (2010). *Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
148. Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26 (1), 69-75.
149. Robles, S. & Galanis, E. (2002). Breast cancer in Latinoamérica and the Caribbean. *Salud Pública*, 11 (3), 178-185.
150. Rodríguez, G., Gil J., García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
151. Rodríguez, L. (2009). *Estudio correlacional de la sexualidad y autovaloración en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.

152. Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Medicina Clínica*, 17(4), 194 – 197.
153. Roustan, M. (2008). *Estudio observacional de ayuda interactiva en el postratamiento de cáncer de mama: reuniones GAFA*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona.
154. Rubio, M.C. (2012). Cuba reporta incremento del cáncer de mama. Granma.
155. Ruíz, L. (2005). Cáncer de mama: acciones preventivas, métodos de diagnóstico, tratamiento y evaluación pronóstica. *Medicentro*, 9(3). Recuperado de <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202005/y9n3a05/cancer63.htm>
156. Ruíz, L., Parrilla, F. y Ruíz, A.S. (2005). Conocimientos de los médicos de la familia sobre el Programa Nacional de Cáncer Mamario. Recuperado de <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202005/v9n4a05/d8.htm>
157. Ruíz, L. y Ruíz, A.S. (2005). Factores de riesgo del cáncer de mama en un grupo de mujeres operadas. *Medicentro*, 9(2). Recuperado de <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202005/v9n2a05/factores42.htm>
158. Salas, C. (2009). Quality of life and associated factors among women with breast cancer enrolled in cancer treatment programs. Antioquia. Obtenido de <http://tesis.udea.edu.co> DOI: 104956801
159. Salovey, P. & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health- relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Phichology*, 57, 539- 551.
160. Sampier, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
161. Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A. Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la Intervención Psicológica Grupal en una muestra de pacientes con Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 2(1), 21- 32.
162. Sandín, B. (2004). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Rev. In. De Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.

163. Schips, L., Zigeuner, R.E., Langner, C., Mauyer, R., Pummer, K., & Hubner, G. (2002). Metastasis of an ascending colon carcinoma in the prostate 10 years after hemicolectomy. *J Urol*, 168(2), 641-642.
164. Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 24-37.
165. SEOM. (2013). Acerca de la supervivencia. Recuperado de <http://www.cancer.net/cancernet-en-español/acerda-de-la.supervivencia.html/>
166. Shapiro, D.H., Schwartz, C.E. & Astin, J.A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
167. Silva de Oliveiral, M., Alves e Souza, A.M. y Carvalho, A.F. (2008). Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. *Rev. Eletr. Enf.*; 10(3):816-22. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a27.htm>
168. Simo, E., Urea, M., Vernet, M., Sender, M.J., Larrosa, P. y Jovell, E. (2000). Intervención del médico de Familia en el diagnóstico del cáncer. *Atención Primaria*, 26, 104-106.
169. Simón, M.A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
170. Simon, M.S. & Petrucelli, N. (2009). Hereditary breast and ovarian cancer syndrome: the impact of race on uptake of genetic counseling and testing. *Methods Mol Biol*, 471, 487-500.
171. Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
172. Smith, R.P. (2004). *Netter, obstetricia, ginecología y salud de la mujer*. España: Elsevier.
173. Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Revista de Oncología*, 28(3), 157-163.
174. Spielberger, C.D. y Moscoso, D. (1996). Reacciones emocionales del estrés:

- ansiedad y cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 59-66.
175. Stein, K., Syrjala KL, Andrykowski MA. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(11 Suppl), 2577-2592.
176. Suárez, D. M. (2002). *Personalidad, Cáncer y Sobrevida*. La Habana: Científico - Técnica.
177. Suárez, D.M. (2005). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Recuperado de *psicologia.com*. 9(2)
178. Suls, J. & Mullen, B. (1981). Life events, perceived control and illness. The role of uncertainty. *J. of Human Stress*, 8, 4-12.
179. Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161 – 1173.
180. Taylor, S.E. & Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64 (4), 873-898.
181. Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
182. Treto, A.M. (2009). *Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico*. Tesis de Maestría no publicada, UCM, Santa Clara.
183. Uchidas, M. (2008). Mamografía de Screening y Realidad Chilena. *Rev. chil. radiol.*, 14(3), 130-134.
184. Urquidi, L.E., Montiel, M.M. y Gálvez, M. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(1), 30-36.
185. Uzun, O. (2004). Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal Nurs Scholarsh*, 36(3), 207-213.
186. Viana, C. (2007). Cáncer de mama. *Guías Clínicas*, 7 (36). Recuperado de <http://www.fisterra.com/salud/index.asp>
187. Vigotsky, L. (1986). *Historia y Desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico-Técnica.

- 188.** Weisburger, J. & Williams, G. (2004). Causas del cáncer. In M. G., L.W. & L.R. (Eds.), *Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society*. Washington: Publicación Científica.
- 189.** Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1976-1977). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 7(1), 1- 15.
- 190.** Weitzner, M., Hughes, M. & Schusterman, M. (1997). Sexual dysfunction following Tram Flap breast reconstruction for breast cancer: A preliminary communication. *Psycho-Oncology*, 4, 55-59
- 191.** Yélamos, C. y Fernández, B. (2006). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Revista de Psicooncología*, 20 (1), 14-21.
- 192.** Zaldívar, D., Vega, R. Y Roca, M.A. (2004). *Psicoterapia General*. La Habana: Félix Varela.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Facultad de Psicología.

Solicitamos su cooperación voluntaria para participar en una investigación que se está llevando a cabo por la Facultad de Psicología de la Universidad Central de las Villas, cuyo propósito es diseñar un programa psicoeducativo a partir de la caracterización del afrontamiento en mujeres supervivientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Su participación no implica ningún riesgo para su salud, ni para su familia. Los datos obtenidos son confidenciales, considerando los principios éticos de la Psicología como ciencia y profesión, y permitirán incrementar el conocimiento sobre el **afrontamiento a la enfermedad de las supervivientes**, contribuyendo así a ayudar a otras personas afectadas. Si no deseara continuar en la investigación, durante su transcurso, puede abandonarla.

Si ha comprendido, y acepta, haga su declaración a continuación.

Yo _____ acepto cooperar, brindando con sinceridad y responsabilidad la información que se me solicite.

Nombre y apellidos del participante

Firma

Nombre y apellidos del investigador

Firma

Fecha

Anexo 2

Entrevista psicológica semi- estructurada a pacientes con cáncer de mama sobre afrontamiento a la enfermedad

Objetivo: Conocer los datos sociodemográficos de las pacientes, variables médicas y otras variables moduladoras.

Indicadores:

- Datos sociodemográficos
- Variables médicas
- Principales fuentes de estrés asociadas a la enfermedad
- Significado personal de la enfermedad
- Repercusiones psicosociales de la enfermedad
- Juicio de control sobre la enfermedad y Autoeficacia
- Recursos para el afrontamiento
 - Personales
 - Ambientales
- Estrategias de afrontamiento
- Valoración de las relaciones familiares
- Principales vivencias emocionales
- Principales preocupaciones y temores asociados a la enfermedad

Anexo 3

Escala de modos de afrontamiento de Lazarus

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

0- En absoluto.

1- En alguna medida.

2- Bastante.

3- En gran medida.

-
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso) ()
 2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor. ()
 3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. ()
 4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar. ()
 5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación. ()
 6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. ()
 7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión. ()
 8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
 9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo. ()
 10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta. ()
 11. Confié en que ocurría un milagro. ()
 12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte). ()
 13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada. ()
 14. Intenté guardar para mí mis sentimientos. ()

15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno. ()
16. Dormí más de lo habitual. ()
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema. ()
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. ()
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor. ()
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo. ()
21. Intenté olvidarme de todo. ()
22. Busqué la ayuda de un profesional. ()
23. Cambié, maduré como persona. ()
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada. ()
25. Me disculpé o hice algo para compensar. ()
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí. ()
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería. ()
28. De algún modo expresé mis sentimientos. ()
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema. ()
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré. ()
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones. ()
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. ()
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. ()
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso. ()
36. Tuve fe en algo nuevo. ()
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara. ()
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida. ()
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien. ()
40. Evité estar con la gente. ()
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo. ()
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. ()
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas. ()

44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio. ()
45. Le conté a alguien cómo me sentía. ()
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería. ()
47. Me desquité con los demás. ()
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar. ()
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien. ()
50. Me negué a creer lo que había ocurrido. ()
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez. ()
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema. ()
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto. ()
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas. ()
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía. ()
56. Cambié algo en mí. ()
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente. ()
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo. ()
59. Fantasié e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas. ()
60. Recé. ()
61. Me preparé mentalmente para lo peor. ()
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría. ()
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo. ()
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. ()
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas. ()
66. Corrí o hice ejercicio. ()
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo) ()

Anexo 4

Escalas de Afectividad Positiva y Negativa. Versión corta en castellano

PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted durante LA ULTIMA SEMANA. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en LA ULTIMA SEMANA usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se siente GENERALMENTE, esto es, cómo se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en GENERAL O REGULARMENTE usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5:
Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Anexo 5

I.S.R.A (R.S) Puntuaciones directas

Nombre:		Apellidos:			Edad:		Id:		
Profesión:		Centro:			Sexo: V o M		Fecha:		
Nivel estudios:		Curso/puesto:			Otros datos:				
	P.Direct.	C:	F:	M:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:
	P.Centil	C:	F:	M:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y valore la frecuencia con que Ud. tiene esas reacciones o pensamientos, **en general**, en diferentes momentos de su vida.

Escala:

0: CASI NUNCA	1: POCAS VECES	2: UNAS VECES SI, OTRAS VECES NO	3: MUCHAS VECES	4: CASI SIEMPRE
--------------------------	---------------------------	---	----------------------------	----------------------------

Lea cada cuestión y responda como piensa o reacciona Ud, **en general**. Por favor responda TODAS las preguntas.

C:						
1	Me preocupo fácilmente.	0	1	2	3	4
2	Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe", etc.	0	1	2	3	4
3	Me siento inseguro.	0	1	2	3	4
4	Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	0	1	2	3	4
5	Siento miedo.	0	1	2	3	4
6	Me cuesta concentrarme.	0	1	2	3	4
7	Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	0	1	2	3	4
F:						
8	Siento molestias en el estómago.	0	1	2	3	4

9	Me sudan las manos u otras partes del cuerpo hasta en días fríos.	0	1	2	3	4
10	Me tiemblan las manos o las piernas.	0	1	2	3	4
11	Me duele la cabeza.	0	1	2	3	4
12	Mi cuerpo está en tensión.	0	1	2	3	4
13	Tengo palpitaciones, el corazón me late muy aprisa.	0	1	2	3	4
14	Me falta el aire y mi respiración es muy agitada.	0	1	2	3	4
15	Siento náuseas o mareo.	0	1	2	3	4
16	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	0	1	2	3	4
17	Tengo escalofríos y comienzo a titiritar aunque no haga mucho frío.	0	1	2	3	4
M:						
18	Lloro con facilidad.	0	1	2	3	4
19	Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies y manos)	0	1	2	3	4
20	Fumo, como o bebo demasiado.	0	1	2	3	4
21	Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión.	0	1	2	3	4
22	Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	0	1	2	3	4
23	Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	0	1	2	3	4
24	Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.	0	1	2	3	4

I.S.R.A. (Continuación)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará descritas diferentes situaciones que pueden producir inquietud, preocupación, nerviosismo, o tensión. Lea cada una de ellas y valore el grado en que cada situación le produce esa sensación de nerviosismo o tensión. Para ello rodee en un círculo uno de los cinco números (0, 1, 2, 3, 4) que aparecen a la derecha de cada situación. Cada numero indica una intensidad o grado según la siguiente escala:

0: NADA	1: UN POCO	2: BASTANTE	3: MUCHO	4: MUCHISIMO
----------------	-------------------	--------------------	-----------------	---------------------

Lea cada situación y valore el grado de tensión o nerviosismo que le produce.

Por favor responda TODAS las preguntas

ANS. SIT.

1	Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.	0	1	2	3	4
2	Cuando voy a llegar a una cita.	0	1	2	3	4
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	0	1	2	3	4
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.	0	1	2	3	4
5	En mi trabajo o cuando estudio.	0	1	2	3	4
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.	0	1	2	3	4
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima	0	1	2	3	4
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.	0	1	2	3	4
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo criticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.	0	1	2	3	4
10	Si tengo que hablar en público.	0	1	2	3	4

11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado solo o rechazado.	0	1	2	3	4
12	Cuando pienso que tenga que viajar en avión o en barco.	0	1	2	3	4
13	Después de haber cometido algún error.	0	1	2	3	4
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.	0	1	2	3	4
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.	0	1	2	3	4
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.	0	1	2	3	4
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.	0	1	2	3	4
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.	0	1	2	3	4
19	En lugares altos o ante aguas profundas.	0	1	2	3	4
20	Al observar escenas violentas.	0	1	2	3	4
21	Por nada en concreto.	0	1	2	3	4
22	A la hora de dormir.	0	1	2	3	4
23	Otras situaciones ¿Cuáles?					

ISRA (original). Puntuaciones directas

C:	F:	M:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:
-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------	------------

Anexo 6

STAXI – 2

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

PARTE - 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: NO EN ABSOLUO B: ALGO C: MODERADAMENTE D: MUCHO

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO					
1	Estoy furioso.	A	B	C	D
2	Me siento irritado.	A	B	C	D
3	Me siento enfadado.	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien.	A	B	C	D
5	Estoy alterado.	A	B	C	D
6	Me gustaría decir "malas palabras"	A	B	C	D
7	Estoy molesto.	A	B	C	D
8	Me gustaría dar puñetazos a la pared.	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos.	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien.	A	B	C	D
11	Quiero romper algo.	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar.	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien.	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien.	A	B	C	D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien.	A	B	C	D

STAXI – 2 (Continuación)

PARTE - 2

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: CASI NUNCA B: ALGUNAS VECES C: A MENUDO D: SIEMPRE

COMO ME SIENTO NORMALMENTE					
16	Me encolerizo rápidamente.	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable.	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada.	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen.	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos.	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás.	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco.	A	B	C	D
23	Me molesto con facilidad.	A	B	C	D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto.	A	B	C	D
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

STAXI – 2 (Continuación)

PARTE - 3

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

A: CASI NUNCA **B:** ALGUNAS VECES **C:** A MENUDO **D:** CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
26	Controlo mi temperamento.	A	B	C	D
27	Expreso mi ira.	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento.	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos a los demás.	A	B	C	D
30	Mantengo la calma.	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos.	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro.	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento.	A	B	C	D
34	Discuto con los demás.	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie.	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos.	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir.	A	B	C	D
38	Digo barbaridades.	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree.	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia.	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado.	A	B	C	D
42	Rehúyo encararme con aquello que me enfada.	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira.	A	B	C	D
44	Respiro profundamente y me relajo.	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez.	A	B	C	D

46	Trato de relajarme.	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme.	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado.	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme.	A	B	C	D

Anexo 8

Test de Zung y Conde

Nombre: _____

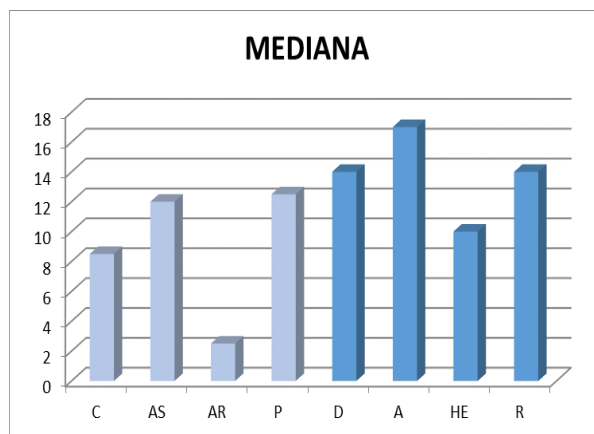
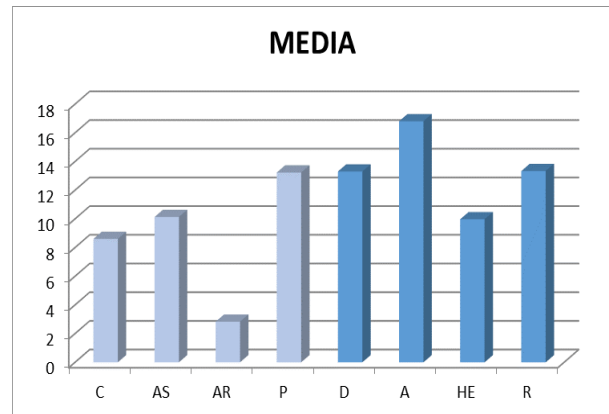
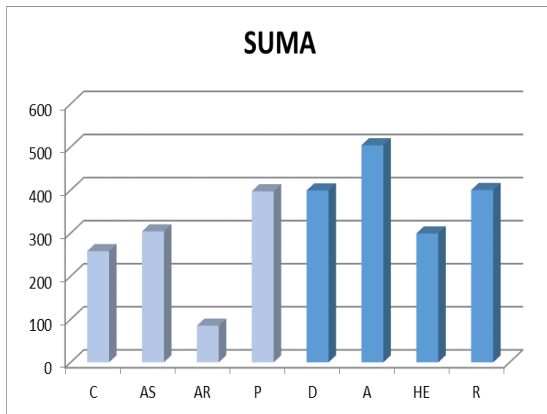
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. Trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

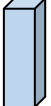

No	Preguntas	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Me siento triste y deprimido.				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4	Me cuesta trabajo dormir o duermo mal por las noches.				
5	Ahora tengo apetito como antes.				
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7	Creo que estoy adelgazando.				
8	Estoy estreñado.				
9	Tengo palpitaciones.				
10	Me canso por cualquier cosa.				
11	Mi cabeza está tan despejada como siempre.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento agitado e intranquilo.				
14	Tengo confianza, esperanza en el futuro.				
15	Me siento más agitable que habitualmente.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Me creo útil y necesario para la gente.				
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
19	Sería mejor para los demás que yo muriera.				
20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

Anexo 9

Comportamiento de las estrategias de afrontamiento

Gráfico 1. Comportamiento de las estrategias de afrontamiento (Modos de afrontamiento de Lazarus)



-  Estrategias de afrontamiento centrado en el problema
-  Estrategias de afrontamiento centrado en la emoción

Anexo 10

Comparación entre afecto estado y rasgo (PANAS)

Tabla 13. Comparación entre afecto estado y rasgo (PANAS)

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Afecto como rasgo – Afecto como estado	Rangos negativos	1(a)	2.50	2.50
	Rangos positivos	3(b)	2.50	7.50
	Empates	26(c)		
	Total	30		

a Afecto rasgo < Afecto estado

b Afecto rasgo > Afecto estado

c Afecto rasgo = Afecto estado

Anexo 11

Comparación entre nivel general de ansiedad y los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones (ISRA-B)

Tabla 16. Comparación entre nivel general de ansiedad y los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones (ISRA-B)

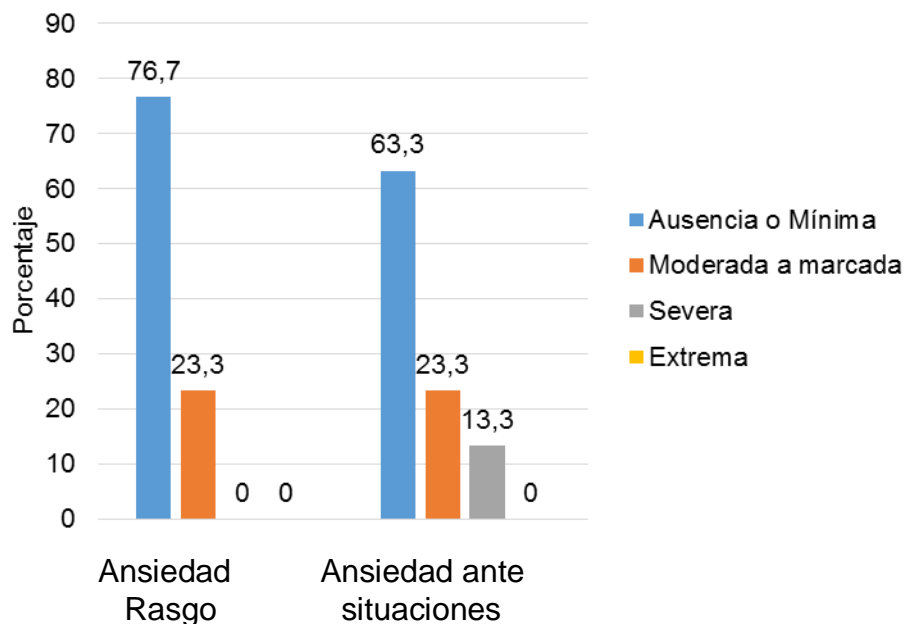
	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total de situaciones de ansiedad - Ansiedad Rasgo	Rangos negativos	0(a)	.00	.00
	Rangos positivos	8(b)	4.50	36.00
	Empates	22(c)		
	Total	30		

a Total de situaciones de ansiedad < Ansiedad Rasgo

b Total de situaciones de ansiedad > Ansiedad Rasgo

c Total de situaciones de ansiedad = Ansiedad Rasgo

Gráfico 6. Comparación entre nivel general de ansiedad y los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones (ISRA-B)



Anexo 12

Comparación entre estado y rasgo de ira (STAXI – 2)

Tabla 19. Comparación entre estado y rasgo de ira (STAXI – 2)

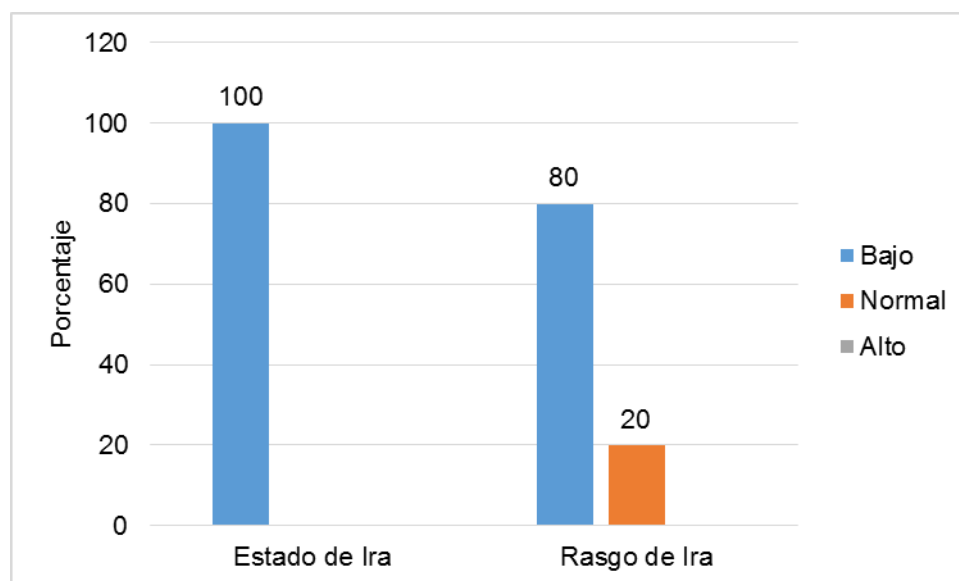
Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Rasgo de ira - Estado de Ira	Rangos negativos	24(a)	12.50	300.00
	Rangos positivos	0(b)	.00	.00
	Empates	6(c)		
Total		30		

a Rasgo de ira < Estado de Ira

b Rasgo de ira > Estado de Ira

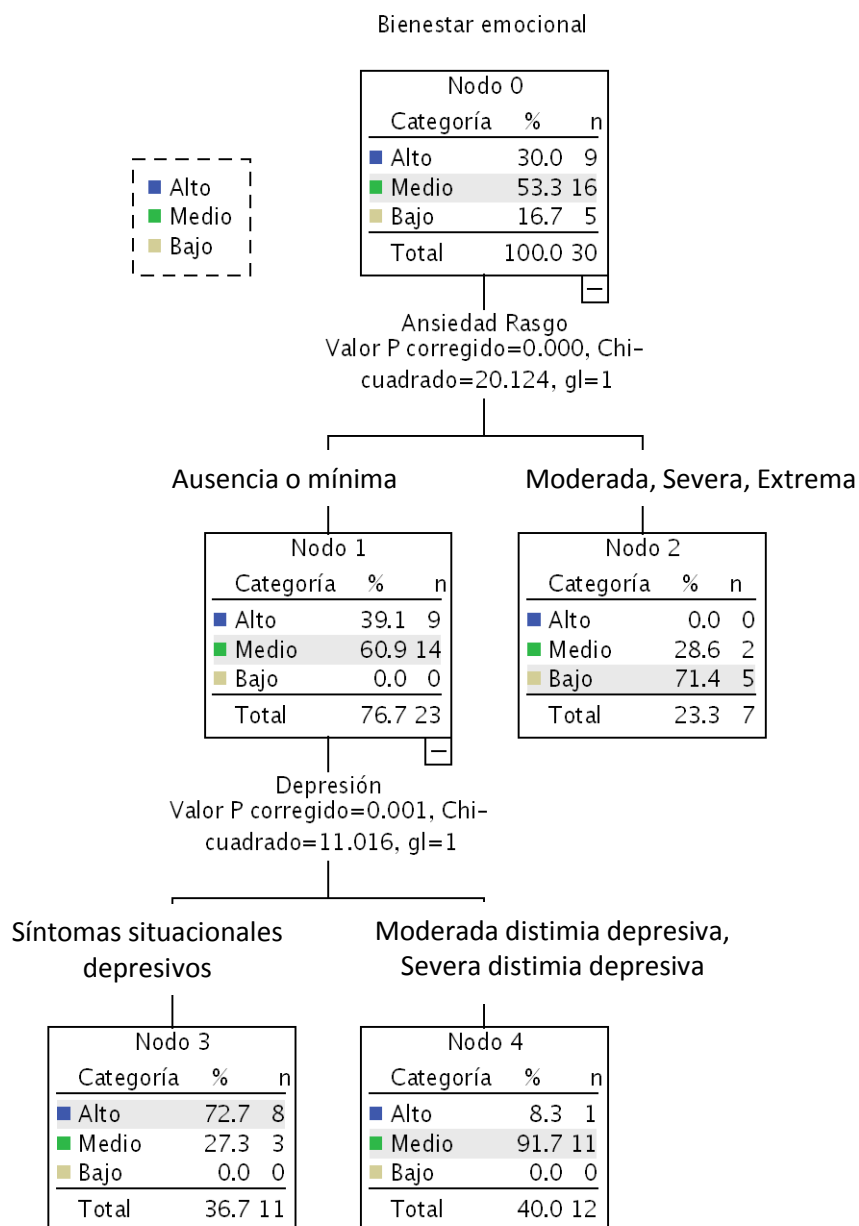
c Rasgo de ira = Estado de Ira

Gráfico 9. Comparación entre estado y rasgo de ira (STAXI – 2)



Anexo 13

Análisis multivariado



Anexo 14

Análisis multivariado

