

TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

*ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA*

Autor: Verónica Mare
PSI 512

2009

Índice

Resumen	3
 <u>Capitulo 1</u>	
Fundamentación	4
Objetivos	12
 <u>Capitulo 2</u>	
Marco Conceptual	
Características generales del Cáncer de Mama y modalidades de tratamiento.....	13
Desarrollo histórico de la teoría que encuadra la Investigación.....	18
Implicancias del Estrés sobre la Salud.....	22
El enfoque Relacional del Estrés de Lazarus y Folkman.....	27
Estilos y Estrategias de Afrontamiento.....	37
 <u>Capitulo 3</u>	
Método	44
Participantes	44
Herramientas e Instrumentos	45
Procedimiento	48
Cuestiones Éticas	49

Capítulo 4

Resultados.....50

Discusión.....55

Referencias.....63

Anexos

Anexo 1: Clasificación TNM.....68

Anexo 2: Modelo de Solicitud de Consentimiento.....72

Anexo 3: Cuestionario de datos Sociodemográficos.....73

Anexo 4: Cuestionario de Historia Clínica.....74

Anexo 5: Ways of Coping Questionnaire.....75

Anexo 6: Cuestionarios completados por cuarenta mujeres con
cáncer de mama y cuarenta mujeres sanas.....78

Título: Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama.

Área: Psicología de la Salud. Psico-oncología.

Autor: Mare, Verónica G.

Año: 2009

Resumen: A partir de la realización de un diseño prospectivo simple, se comparó un grupo de mujeres con cáncer de mama y un grupo de mujeres sanas en relación a la utilización de diferentes Estrategias de Afrontamiento al Estrés.

La muestra estuvo constituida por 80 mujeres de la ciudad de Río Cuarto. Cuarenta de ellas estaban diagnosticadas con cáncer de mama y asistían a la consulta médica en el año 2008.

Las distintas estrategias de Manejo fueron estudiadas a partir de la aplicación de la versión española del Ways of Coping Questionnaire de Lazarus y Folkman.

Los resultados mostraron una mayor utilización de las Estrategias "Confrontación" y "Aceptación de la Responsabilidad" por parte de las mujeres sanas, presentando diferencias estadísticamente significativas con el grupo de mujeres enfermas. Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama presentaron valores mayores en la utilización de la Estrategia "Distanciamiento", aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Palabras Claves: Cáncer de mama - Estrés - Estrategias de Afrontamiento al Estrés.

CAPÍTULO 1

Fundamentación

El cuerpo y la mente son partes inseparables de un organismo. La salud debe considerarse entonces, como el equilibrio entre estas partes, así como también, del individuo con el ambiente (Carvalho, 2002).

El estudio de las repercusiones de los factores psicológicos en el organismo, se encuadra en un marco teórico amplio cuyo contenido principal es el conocimiento de las relaciones que se establecen entre las variables psicosociales y la enfermedad física (Cardenal Hernaez y Oñoro Carrascal, 2000).

En este punto, se encuentran delimitados los estudios de la Medicina Psicosomática; área que ha servido de enlace y punto de unión donde se han depositado las diferentes teorías procedentes de la Medicina y la Psicología.

En un principio, la Medicina Psicosomática tenía un marcado carácter psicógeno en la consideración etiológica del trastorno; un determinismo del factor psicológico en la aparición del trastorno somático (Cardenal Hernaez y Oñoro Carrascal, 2000).

En la actualidad, ya no se habla de una causalidad unidireccional; es decir, "psicosomático" ya no significa "psicogénico", sino más bien la Medicina Psicosomática se apoya en un principio de multicausalidad. Muchos factores (constitucionales, familiares, psicológicos, cognitivos, emocionales, genéticos, ambientales), interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico (Cardenal Hernaez y Oñoro Carrascal, 2000).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

La disciplina queda entonces encuadrada en un modelo bio-psico-social, que es aceptado por la mayoría de los investigadores.

Lo que se intenta desde la Medicina Psicosomática es acabar con el dualismo mente-cuerpo, poniendo de manifiesto que el ser humano es psicosomático por definición.

Henry Ey expresa que la Medicina Psicosomática no debe ser considerada una parte de la Medicina, sino que debe pretender a una nueva concepción de la misma, a partir de la cual, se pueda considerar a la enfermedad desde una perspectiva multicausal y de interconexión de factores diversos (Henry Ey, 1975).

Múltiples investigadores han intentado a lo largo de la historia develar las posibles causas psicológicas que se hallan detrás de las enfermedades orgánicas.

"Lo desconocido, aquello que al hombre siempre ha perturbado, intrigado, confundido, es, por esas mismas razones, la interminable fuente de búsqueda en el afán continuo de comprensión"(Adonegui Elguera, 2006 p.226).

Entre todas las enfermedades hay una que al hombre le ha interesado por miles de años y que continúa, aún en la actualidad, siendo un misterio; se trata del cáncer (Adonegui Elguera, 2006).

El estudio de la enfermedad cancerosa tiene un gran impacto a nivel mundial; uno de los motivos está relacionado con el alto grado de mortalidad por la misma, constituyéndose ésta, una de las principales causas de muerte.

Las estadísticas muestran la presencia de 10 millones de casos nuevos de cáncer, con una mortalidad de aproximadamente 7 millones. Estas cifras afectan la Salud Pública del mundo e influyen, de manera indirecta, en la economía de los países, por los gastos que la enfermedad

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

implica para el sistema de salud y por las pérdidas laborales (Adonegui Elguera, 2006).

Sin embargo, existen diferencias en los distintos países, y aún por regiones dentro de los mismos, en cuanto a la incidencia de la enfermedad a partir del sitio en donde se encuentra alojado el tumor.

Según un estudio realizado por el Hospital Roffo, el porcentaje más alto en Argentina es el de cáncer de mama (20,8%); le siguen el de colon-recto (10,7%) y el de pulmón (7,2%) (Matos, Loria y Zengarini, 2003).

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer y en la Argentina se detectan unos 20000 casos nuevos por año (Sanguinetti, 2006). La edad más frecuente de aparición va en aumento de manera escalonada a partir de los 35 años (Matos, Loria y Zengarini, 2003).

En cuanto a la distribución geográfica encontramos en la provincia de Córdoba (junto con Santa Fe), el porcentaje más alto de mortalidad por cáncer de mama y cuerpo del útero. La razón de tasas es de 113,8 y 114 respectivamente (Matos, Loria y Zengarini, 2003).

No se obtuvieron cifras precisas para la ciudad de Río Cuarto; sin embargo, un estudio realizado por el Instituto Oncohematológico Privado de la ciudad, reveló que también en esa institución el diagnóstico de cáncer de mama es el más frecuente (Dova, Bove y Ortiz, 2004).

Estos hechos y la dificultad para determinar la etiología de esta patología, parecen señalar la necesidad de considerar otras variables de estudio, además de las biológicas, a fin de construir un enfoque interdisciplinario que incluya los aspectos psicológicos y ambientales del padecimiento somático.

Aunque en términos generales se suele mantener la idea de que las relaciones entre los procesos psicológicos y la enfermedad física son múltiples y complejas, lo cierto es

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

que aún en el momento presente, tienden a prevalecer las hipótesis que sugieren efectos no diferenciados del estrés sobre una gran variedad de sistemas orgánicos.

Un estudio realizado con 136 sujetos ingresados en los servicios de Medicina del Hospital Universitario de Caracas, demostró que el estrés puede considerarse un predictor del estado de enfermedad, ya que la población de pacientes ingresados presentaba un mayor cúmulo de influencias estresantes en el año previo a su ingreso que una población similar en estado de salud (González de Rivera, Morera y Monterrey, 1989).

Las aproximaciones de este tipo, lejos de constituir un acercamiento innovador, lo que hacen es perpetuar la vieja creencia de que los efectos del estrés sobre la enfermedad son siempre generales e inespecíficos al menos desde el punto de vista de las variables psicológicas.

Si queremos explicar los posibles fenómenos y mecanismos psicológicos implicados en la patogenia de los trastornos psicofisiológicos, es preciso analizarlos diferencialmente en relación a las diferentes alteraciones somáticas.

Este trabajo abordará las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama.

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes (Llull, Zanier y García, 2003).

Las investigaciones sobre afrontamiento en pacientes con cáncer, parten de considerar que las enfermedades, principalmente aquellas consideradas "enfermedades crónicas", representan para la mayoría de los sujetos una situación generadora de estrés (Urquidi Treviño, Montiel Carvajal y Gálvez López, 1999).

La evaluación de la enfermedad cancerosa como situación estresante se produce a partir de la valoración

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

de la misma por parte del sujeto como un padecimiento que implica a la vez pérdida y amenaza (Urquidi Treviño et al, 1999).

Diversos estudios han observado el papel que desempeñan las distintas estrategias de manejo en el desarrollo de esta enfermedad. Las investigaciones manifiestan la existencia de variables psicológicas, incluida la capacidad para afrontar el estrés, que dan lugar a una mayor incidencia del cáncer y a una disminución del tiempo de supervivencia. Entre los resultados obtenidos se encuentran la aparición de la enfermedad en personas que han sufrido la pérdida de una relación emotiva importante; en viudos, divorciados y separados; como así también en aquellos sujetos que presentaban escasa liberación de emociones, expresión limitada de la agresividad e introspección disminuida (Prieto Fernández, 2004).

Un estudio realizado en 28 pacientes con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico reveló que la Evitación y la Reevaluación Positiva eran las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta que fue la menos empleada (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007).

Se ha encontrado que los estilos de afrontamiento más utilizados por los pacientes con cáncer de pulmón son la búsqueda de ayuda profesional y espiritual (Martín Ortiz, Sánchez Pérez y Sierra, 2003). En cuanto a las mujeres con cáncer de cuello uterino, se hallaron como estrategias de afrontamiento fundamentales acudir a la Religión, Afrontamiento Activo y Planificación. (Vásquez Samalvides, 2001).

Sin embargo el cáncer de mama tiene características particulares e incluso se han realizado estudios que lo

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

diferencian claramente del cáncer cervicouterino, a pesar de que se presenta también en mujeres.

Si tomamos en cuenta la investigación en pacientes con cáncer de mama específicamente, se ha caracterizado a este grupo de mujeres como altamente emocionales y pasivas (Urquidí Treviño y Montiel Carvajal, 1998), con una utilización predominante de estrategias enfocadas en la Emoción (Vásquez Samalvides, 2001).

La evitación resultó ser la estrategia utilizada principalmente, encontrándose una correlación entre la misma y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida de las mujeres que la utilizaban (Llull et. al, 2003). Un estudio realizado en el año 2007 con 377 mujeres uruguayas, determinó que la "evitación" y la "desesperanza" aumentan con la mayor probabilidad de tener cáncer de mama, encontrando en las mujeres sanas una mayor utilización de la "aceptación" como afrontamiento (Caporale et al, 2007).

En estudios recientes, se viene observando una forma de afrontamiento particular ante el diagnóstico del cáncer de mama, caracterizado por bajo nivel de ansiedad autoinformado y alta deseabilidad social. Las pacientes parecen manifestar un comportamiento de control y defensa ante emociones negativas tanto en relación a la ansiedad como a la ira. Por otra parte, la revisión de la literatura sugiere que este estilo de afrontamiento tiende a provocar una activación fisiológica elevada y permanente (contraria a las bajas puntuaciones de ansiedad observadas en los tests); esto es lo que ha sido denominado "represión emocional" y que se encuentra relacionado con la patología mamaria (Cano Vindel et al, 2000).

Una investigación realizada por Cano Vindel y otros, evalúa las repercusiones que tiene el estilo represivo de afrontamiento sobre los niveles de las variables

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

hematológicas, relacionadas con el sistema inmune. A partir de allí, se determina la influencia indirecta que el estilo de afrontamiento tiene en cuanto a la aparición de la enfermedad en pacientes con cáncer de mama (Cano Vindel et al, 2000).

Considerando al cáncer de mama como un "trastorno de evitación experiencial" (TEE), se realizó en España un estudio para determinar la eficacia de un programa de intervención basado en lo que se denominó "Terapia de aceptación y compromiso" (ACT), lo que de algún modo, modificaba las estrategias predominantes de afrontamiento al estrés si lo observamos desde la teoría de Richard Lazarus. Los resultados mostraron una gran repercusión de la intervención basada en ACT, especialmente cuando se tienen en cuenta los cambios a largo plazo (al año del seguimiento) (Gutiérrez, Luciano y Páez, 2007).

A partir de estos resultados, podemos pensar si es posible determinar estrategias de afrontamiento específicas, en aquellas mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, que las diferencien de las mujeres sanas. Se espera encontrar distintas formas de afrontar el estrés a partir de la aparición de la enfermedad cancerosa. Siguiendo las observaciones de las investigaciones realizadas sobre el tema, se presume hallar en las mujeres con patología mamaria estrategias pasivas de afrontamiento al estrés, fundamentalmente la "Evitación" propuesta en la teorización de Richard Lazarus, a diferencia de estrategias más activas, como la "Aceptación", en las formas de manejo del estrés de las mujeres sanas. Asimismo, se espera encontrar en las mujeres enfermas un control de las emociones negativas tales como la ansiedad y la ira y por consiguiente una disminución en la expresión de las mismas que podría verse reflejado en un aumento de la utilización

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

del "Autocontrol" como estrategia de afrontamiento al estrés.

Como no existen estudios previos sobre el tema en la ciudad de Río Cuarto, se espera realizar un aporte en cuanto a las estrategias de manejo utilizadas en las mujeres con cáncer de mama que asisten a la consulta en el año 2008 en el Instituto Médico, el Policlínico Privado San Lucas y la Clínica Regional del Sud de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar las diferencias existentes entre las Estrategias de Afrontamiento al Estrés utilizadas en mujeres con cáncer de mama y un grupo de mujeres sanas de similares características sociodemográficas.

Objetivo Específico

- Conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas predominantemente por las mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Río Cuarto, mediante la aplicación de la versión española del Ways of Coping Questionnaire de Lazarus y Folkman.

CAPÍTULO 2

Marco Conceptual

Características Generales Del Cáncer De Mama Y Modalidades De Tratamiento

El potencial vínculo entre la salud física y el estrés ha adquirido gran importancia en la actualidad. Una de las razones principales es el gran aumento de la esperanza de vida en la población. A medida que envejecemos, las enfermedades crónicas (como el cáncer), las enfermedades coronarias y las infecciosas agudas son la principal causa de muerte (Lazarus, 2000).

El cáncer es definido de manera general como tumor maligno. Lo que hace básicamente a la malignidad, es una anormalidad de las células que es transmitida a las células hijas y se manifiesta por una reducción del control del crecimiento y de la función celular. Esto provoca un crecimiento masivo, la invasión de tejidos vecinos y metástasis (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1992).

La proliferación celular en los tumores malignos no es autónoma; depende del huésped para su irrigación sanguínea, y su crecimiento se ve afectado por los fármacos, las hormonas y los mecanismos inmunológicos propios del paciente (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1992).

Se pueden distinguir básicamente dos grandes categorías:

Carcinoma: Definido como tumor o neoplasia maligna formada por células epiteliales neoformadas. Estas células tienen la capacidad de provocar metástasis a distancia en cualquier momento de su evolución. Un carcinoma puede

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

ocurrir en cualquier lugar del organismo en donde haya epitelio. Cuando deriva de un epitelio glandular existe tendencia a la formación de glándulas normales, llamándose adenocarcinoma (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1992).

Sarcoma: Puede definirse igualmente como tumor maligno, derivado de las células mesenquimatosas. Un sarcoma puede formarse a expensas de células del tejido conectivo común, de células de tejido conectivo diferenciado, o del tejido glandular. En general estos tumores son de gran malignidad (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1992).

Los diferentes tipos de cáncer son clasificados a partir del sitio donde se aloja el tumor en el cuerpo; así, el cáncer de mama podría ser definido como enfermedad neoplásica maligna del tejido de la mama.

Diversos autores coinciden en considerar este tipo de cáncer, como una forma de tumor no encapsulado que se produce por la proliferación de células anormales originadas en los conductos mamarios y que se duplica en forma aproximada cada noventa días (Sanguinetti, 2006).

La incidencia de cáncer de mama aumenta exponencialmente con la edad desde el nacimiento hasta la quinta década y alcanza un segundo pico a los 65 años. Esto sugiere que en mujeres premenopáusicas podría estar relacionado con la función hormonal ovárica y en las pacientes posmenopáusicas con la función adrenal (Diccionario MOSBY de Medicina y Ciencias de la Salud, 1995).

El 70% de los cánceres mamarios son diagnosticados mediante el auto examen por las propias mujeres (Sanguinetti, 2006).

Entre los síntomas iniciales se incluyen: una pequeña masa indolora, engrosamiento o depresión de la piel y

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

retracción del pezón (Diccionario MOSBY de Medicina y Ciencias de la Salud, 1995).

A medida que la lesión aumenta puede aparecer una secreción por el pezón, dolor, ulceración y aumento en el tamaño de las glándulas axilares (Diccionario MOSBY de Medicina y Ciencias de la Salud, 1995).

Para clasificar el cáncer mamario se utiliza una nomenclatura internacional denominada TNM, donde se valoran las características del tamaño tumoral, invasión, presencia de lesiones en los ganglios y presencia de metástasis. Este sistema de clasificación del Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) proporciona una estrategia para agrupar los pacientes con respecto a su pronóstico (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

También la clasificación permite valorar el grado histológico, nuclear, los caracteres de algunos genes y los receptores hormonales que dan cuenta de si el tumor fue estimulado por las hormonas del ovario o no (Sanguinetti, 2006).

La clasificación presenta como resultado la distinción de cuatro estadios bien diferenciados de la enfermedad cancerosa (Ver la clasificación en el Anexo 1).

Todos estos datos conforman un perfil para cada paciente que difícilmente pueda repetirse en otra.

Distintos tratamientos: Las modalidades terapéuticas contra el cáncer de mama son cuatro: cirugía, radioterapia, hormonoterapia o quimioterapia.

La Quimioterapia es un tratamiento que utiliza medicamentos para impedir que las células cancerosas crezcan, ya sea mediante la destrucción de las células o evitando su multiplicación. La forma en que se administra

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

depende del tipo de cáncer y del estadio en que se encuentra (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

La Terapia hormonal consiste en un tratamiento que extrae las hormonas o bloquea su acción, con el objetivo de detener el crecimiento de las células cancerosas. El tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes en estadios tempranos de cáncer de mama y en los casos en que se ha producido metástasis.

La terapia hormonal con un inhibidor de la aromatasa se administra a algunas mujeres posmenopáusicas que padecen de cáncer de mama hormonodependiente. El cáncer de mama hormonodependiente necesita de la hormona estrógeno para crecer, y la aromatasa es la enzima que permite la conversión de un andrógeno en estrógeno. (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

La Radioterapia es el tratamiento que utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Existen dos tipos de radioterapia. La *radioterapia externa* usa una máquina fuera del cuerpo que envía radiación al área donde se encuentra el cáncer. La *radioterapia interna* usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente en el tumor o cerca del mismo. La forma en que se administra, al igual que la quimioterapia, depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

Por último, la Cirugía, tiene como finalidad la extirpación del tumor. Se pueden distinguir diversos tipos:

- *Lumpectomía*: cirugía para extirpar el tumor y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor del mismo.
- *Mastectomía parcial o segmentaria*: cirugía para extirpar la parte de la mama que contiene el tumor y algo del tejido normal alrededor de la misma.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

- *Mastectomía total o simple*: cirugía para extirpar toda la mama. Se pueden extirpar algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo para someterlos a biopsia al mismo tiempo o después de la cirugía de la mama.
- *Mastectomía radical modificada*: cirugía para extirpar toda la mama que tiene cáncer, muchos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo, el revestimiento de los músculos pectorales y, a veces, parte de los músculos de la pared del pecho.
- *Mastectomía radical*: cirugía para extirpar la mama que tiene cáncer, los músculos de la pared del pecho de abajo de la mama y todos los ganglios linfáticos de abajo del brazo. Este procedimiento a veces se llama mastectomía radical de Halsted (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

La Cirugía y la Radioterapia 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 a nivel general de todo el organismo en lo que se denomina tratamiento sistémico y se utilizan de forma complementaria al tratamiento local con cirugía y/o radioterapia o como tratamiento de primera elección en la enfermedad metastásica o diseminada (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

No se ha podido determinar una causa específica que explique esta patología. Entre los factores de riesgo, los especialistas citan la predisposición genética, no haber tenido embarazos, no dar de mamar, una alimentación excesiva en carnes y grasas, la obesidad y el cigarrillo (Sanguinetti, 2006).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Desde la Psicología la preocupación por los factores que inciden directa e indirectamente en la aparición y desarrollo de las enfermedades llevó a la creación de un campo nuevo; la "Psicología de la Salud". Su núcleo de atención es la psicofisiología de la salud y la enfermedad, la causación de las enfermedades y la promoción de la salud.

Gran parte de las investigaciones realizadas en ésta área tratan el estrés y el manejo como constructos centrales. Esto no significa que el estrés y el manejo, que son producto de las luchas adaptativas de la vida, sean la única ni principal causa de la salud y la enfermedad. Es más probable que estos elementos exacerben las causas citadas anteriormente como factores de riesgo, más que afecten directamente los procesos de salud y enfermedad (Lazarus, 2000).

Las repercusiones del estrés y el afrontamiento de las situaciones estresantes en la patología mamaria serán abordadas a partir de los desarrollos de la Teoría Cognitiva Comportamental, en sentido amplio, y específicamente la conceptualización que realiza Lazarus sobre el tema.

Desarrollo histórico de la Teoría que encuadra la Investigación

La Psicología se ha convertido en una disciplina diferenciada sólo una década antes de la Segunda Guerra Mundial, habiendo sido hasta ese momento parte de la Filosofía. Una de las principales razones para esta separación fue que nuestra disciplina es, o debería ser, una ciencia experimental, de laboratorio, a imagen de la física y la biología (Lazarus, 2000).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Durante los primeros cincuenta años del siglo XX aproximadamente, la Psicología se definía más como el estudio de la conducta que como estudio de la mente. Desde este punto de vista, todo lo que podía hacer la Psicología científica era vincular los estímulos observables con respuestas observables en un esfuerzo por predecir la conducta (Lazarus, 2000).

Poco después de la Segunda Guerra Mundial fue cada vez mayor el número de psicólogos que comenzaron a abandonar los dogmas del conductismo y positivismo para adoptar una nueva perspectiva denominada "teoría del valor-expectativa", o "mediación cognitiva" (Lazarus, 2000).

Se sustituyó una Psicología estricta de estímulo-respuesta (S-R), que constituía el núcleo del conductismo, por un modo de pensamiento más complejo de estímulo-organismo-respuesta (S-O-R). O, se refiere a los pensamientos que se producen entre la muestra de estímulos ambientales y la respuesta conductual, y se dice que estos pensamientos ejercen una influencia causal sobre la respuesta (Lazarus, 2000).

Sin embargo, la O, debería referirse más ampliamente a la mente; porque otros procesos como la motivación, las intenciones situacionales, las creencias sobre el self y el mundo y los recursos personales (por nombrar algunos de los más importantes) integran también la O en la psicología del S-O-R (Lazarus, 2000).

Siguiendo esta línea de pensamiento se encuentran los desarrollos teóricos de Richard Lazarus. Sus principios teóricos pueden resumirse en los siguientes puntos:

Interacción y significado relacional

La mente y la conducta humana son contempladas en términos relacionales, es decir, producto de la intersección de dos series de variables, las que se encuentran en el entorno

inmediato y las que se hallan dentro de la persona (Lazarus, 2000).

Se deja de lado la concepción a partir de la cual se considera la conducta humana como respuesta exclusiva de la estimulación ambiental (Lazarus, 2000).

Por otro lado, se agrega un nuevo elemento a tener en cuenta "el significado relacional". Aunque la interacción sea importante, el significado que la persona elabora a partir de las relaciones con el medio opera a un nivel más elevado de abstracción que las mismas variables concretas. "La persona y el medio interactúan pero es la persona quien valora que conlleva la situación para el bienestar personal" (Lazarus, 2000, p. 26).

Estructura y proceso

La conceptualización de Lazarus contempla tanto la estructura como el proceso.

La estructura se refiere a los arreglos relativamente estables de las cosas y el proceso, a lo que hacen las estructuras y el modo en que cambian (Lazarus, 2000).

Ambos elementos se influyen entre si y son interdependientes.

En este sentido, los objetivos y los sistemas de creencias aprendidos durante los primeros años, constituyen estructuras por ser relativamente estables a lo largo del tiempo. Junto con las condiciones ambientales influyen sobre nuestras decisiones y modelan nuestros pensamientos, emociones y acciones, que son procesos que sirven para la adaptación (Lazarus, 2000).

La psicología ha tendido a subrayar más la estructura que los procesos. Lo estable, lo que permanece a lo largo del tiempo, es más fácil de medir y manejar que la acción y el cambio (Lazarus, 2000).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

La teoría del manejo del estrés se interesa por los procesos (el manejo por definición no es estable, se modifica permanentemente con la interacción de los factores personales y situacionales); esto constituye un dilema para la medición, ya que los procesos conllevan cambios e inestabilidad (Lazarus, 2000).

Aunque el manejo pueda ser un rasgo de personalidad (algunas personas parecen estar estresadas todo el tiempo o manejar las diferentes situaciones estresantes utilizando un estilo similar), también varían de una situación a otra y con el transcurso del tiempo, y en dicho caso deben ser considerados como procesos. Por lo tanto, se requieren nuevos tipos de normas psicométricas que recojan este interés por los procesos en contraste con las estructuras (Lazarus, 2000).

Análisis y Síntesis

La reducción analítica es un esfuerzo por explicar fenómenos a un nivel analítico más alto mediante la referencia a variables y procesos que se encuentran en un nivel inferior (Lazarus, 2000).

La postura de Lazarus en este enfoque de la ciencia es que, aunque pueda ser útil para relacionar diferentes niveles de análisis, no sirve para la explicación ya que los conceptos de un nivel no pueden trasladarse a otros niveles. La Psicología habla de pensamientos, creencias, emociones, valoraciones, procesos de manejo, etc.; pero estos conceptos no se fundamentan en procesos neuronales como los que conciben los fisiólogos. En la Psicología de la Emoción, este problema se refleja en la idea engañosa de que las distintas funciones de la mente (cognición, motivación y emoción), están controladas por diferentes apartados del cerebro y por lo tanto son independientes unas de otras. El problema es que normalmente, los sucesos

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

son interdependientes. Los diferentes componentes se organizan en una unidad mayor (el sistema de la mente), que a su vez es interdependiente del entorno (Lazarus, 2000).

Para poder comprender los fenómenos complejos no es suficiente con el estudio analítico reductor de sus componentes para después tratar estos componentes como si hubiésemos extraído la explicación completa de cómo son y funcionan las cosas. Es necesario para la comprensión de los fenómenos complejos (todos los estudiados por la Psicología), el avanzar y retroceder en nuestro pensamiento entre los dos niveles de abstracción, las partes componentes y el todo (Lazarus, 2000).

Teoría de Sistemas

A partir de la teoría de sistemas se reconoce la mente y la conducta como subsistemas que operan dentro de sistemas mayores (Lazarus, 2000).

Cada subsistema comprende muchas variables. Las acciones causales son recíprocas y la misma variable puede actuar en algunas circunstancias como variable independiente (causa), en otras como mediador y en otras circunstancias como variable dependiente (efecto) (Lazarus, 2000).

Estos cuatro elementos van a enmarcar todo el desarrollo teórico de Richard Lazarus en relación al estrés, la emoción y su manejo; y su implicancia en la salud de las personas.

Implicancias Del Estrés Sobre La Salud

El término estrés se ha convertido en una palabra de uso cotidiano y, a diario, nos vemos inundados por mensajes sobre la forma de prevenirlo, eliminarlo, manejarlo o vivir con él.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Una de las razones que explica la abundancia de teoría e investigación sobre el estrés es su importancia en nuestra salud social, fisiológica y psicológica.

El concepto de Estrés se utilizó por primera vez en el siglo XIV con un sentido no técnico, refiriéndose a las dificultades, luchas, adversidad o aflicción (Lazarus, 2000).

A finales del siglo XVII un físico, Hooke, realiza un análisis de ingeniería sobre el estrés. Contempló la cuestión práctica del modo en que deberían diseñarse las estructuras creadas por el hombre (como los puentes) para soportar las cargas pesadas sin derrumbarse. De su teoría se desglosan tres conceptos básicos: carga, se refiere a las fuerzas externas; estrés, da cuenta del área de la estructura sobre la que se aplica la carga y tensión es la deformación de la estructura, producto de la conjunción de la carga y el estrés. Este análisis influyó significativamente sobre los modelos de estrés del siglo XX, siendo la carga análoga a un estímulo estresante y la tensión a la respuesta o reacción de estrés (Lazarus, 2000).

Las primeras inquietudes sobre este tema desde la Psicología, surgen en EEUU a partir de la Segunda Guerra Mundial (Lazarus, 2000). Durante la Primera Guerra, cuando los americanos sufrían muchas bajas mientras estaban atrincherados, experimentaban una crisis emocional inducida por el combate que erróneamente se atribuía a los efectos cerebrales de los ruidos de las explosiones y que se denominó "shock a las granadas" (Lazarus, 2000).

Durante la Segunda Guerra se reconoció una causa psicológica y los trastornos emocionales producto del combate pasaron a llamarse "neurosis de Guerra" o "fatiga de batalla". Más recientemente surge el término "trastorno

por estrés postraumático" acuñado luego de la Guerra de Vietnam (Lazarus, 2000).

El estrés comenzó a preocupar a la cúpula militar y se esperaba que la investigación sobre el mismo aportara dos tipos de información básica: cómo seleccionar a los hombres más resistentes al estrés que inevitablemente se produce en combate y cómo entrenar a las personas para que manejen con efectividad el estrés que surja en esas situaciones y sus efectos perjudiciales (Lazarus, 2000).

Obsérvese que a diferencia de "neurosis de Guerra", los otros dos términos implican una causa externa para los síntomas, no implican "responsabilidad" ante el problema.

Actualmente se considera que el estrés psicológico no solo se halla en el entorno ni es consecuencia exclusiva de las características de personalidad (lo que se desprende del término "neurosis de Guerra"), sino que depende de un tipo particular de relación persona-medio (Lazarus, 2000).

La ampliación del interés por el estudio del estrés se produce, según Lazarus, por dos razones fundamentales. En primer lugar, la guerra se había convertido en lo que se denominaba Guerra total. El avance tecnológico permitió la creación de armas transportadas por aviones que posibilitaban la destrucción y las matanzas a gran escala. Cualquier ciudadano se convertía en potencial víctima de guerra y el estrés del combate ya no era exclusividad de los soldados. En segundo lugar, comenzó a comprenderse la idea de que el estrés era un problema tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra. Se produce en el trabajo, en la casa y en la escuela; en cualquier lugar donde las personas establezcan relaciones estrechas (Lazarus, 2000).

A partir de estos hechos el estudio de la influencia del estrés en la vida cotidiana de las personas aumentó de manera escalonada. Uno de los principales desarrollos en el área ha sido la investigación acerca de la importancia que

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

este elemento tiene en la salud y el bienestar de las personas.

Lazarus expresa que uno de los requisitos esenciales para demostrar una relación causal entre el estrés y la salud, consiste en decidir que resultados adaptativos son importantes y cómo deberían ser medidos; es decir, qué se considera "salud" y cómo ésta puede ser medida. Podemos distinguir tres categorías fundamentales de resultados; el bienestar subjetivo, el funcionamiento social y laboral y la salud somática (Lazarus, 2000).

Lazarus y Folkman han estudiado las tres pero el avance con respecto a las dos primeras ha sido muy limitado. En cuanto a la tercera, las nuevas posibilidades (sobre todo por el creciente conocimiento sobre las funciones del sistema inmunológico) son prometedoras.

Sin embargo en la actualidad y a pesar del gran número de investigaciones realizadas sobre el tema en todo el mundo sigue siendo muy dificultoso demostrar las influencias psicosociales sobre la salud.

Lazarus describe cuatro razones fundamentalmente metodológicas de esta dificultad.

En primer lugar, la salud está influida por un gran número de factores sobre los que tenemos escaso o nulo control, pero que probablemente afectan de modo significativo. Entre ellos podríamos nombrar las características genéticas (constitutivas), los accidentes, las toxinas ambientales, el estilo de vida a largo plazo que a su vez implica el consumo de agentes peligrosos para el organismo como el alcohol o el tabaco y cuya importancia es vital, sobre todo para las personas vulnerables. Si analizamos la influencia que desempeñan todos estos factores (y probablemente muchos otros que no conocemos) pueden quedar sólo pequeñas cantidades de varianza restante

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

para ver la influencia de los factores psicosociales como el estrés (Lazarus, 2000).

En segundo lugar, la salud es normalmente muy estable y no cambia con rapidez (a excepción de circunstancias especiales como el envejecimiento o las enfermedades de progreso rápido). Para demostrar una influencia causal, se requiere demostrar que los factores psicosociales producen cambios en la salud; pero a consecuencia de esta estabilidad, hacerlo es muy difícil (Lazarus, 2000).

La tercera dificultad reside en que, salvo las infecciones de vida corta, en los casos de enfermedades como las cardiovasculares o el cáncer, que necesitan décadas para desarrollarse, lo importante no es lo que sucede en una única transacción estresante, sino lo que sucede a lo largo del tiempo (Lazarus, 2000).

Por último, Lazarus se refiere a la imposibilidad de estudiar con efectividad la relación entre el estrés, el manejo y la salud, si no disponemos de algunas pautas conceptuales sobre el significado de la palabra salud (Lazarus, 2000).

Sabemos que considerar que el estrés solo produce una influencia negativa sobre nuestras vidas es erróneo. Sin un cierto grado de estrés la vida sería aburrida e insatisfactoria; y el aburrimiento, también es estresante. Además, se necesita experimentar cierto grado de estrés para aprender a manejar con efectividad las amenazas, daños y pérdidas inevitables, características de la vida. Bajo ciertas condiciones, el estrés conduce a las personas a crecer (Lazarus, 2000).

Tampoco podemos determinar si el estrés genera enfermedad como resultado de un mecanismo general o, alternativamente, algunas enfermedades particulares están vinculadas a procesos psicosomáticos específicos (Lazarus, 2000).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Selye postula, siguiendo la conceptualización de la generalidad, que el estrés de cualquier tipo aumenta la susceptibilidad a todas las enfermedades. Si esto es así, entonces un posible mecanismo para explicar las diferencias individuales es la "vulnerabilidad" o predisposición en determinadas personas. Esta postura surgió de la teoría psicoanalítica, según la cual conflictos o emociones particulares producen sus propias enfermedades específicas, es decir, a cada enfermedad subyace un conflicto o emoción diferente (Lazarus, 2000).

Este punto de vista presupone que, en efecto, hay una personalidad especial que predispone a la enfermedad cardiovascular o al cáncer; tal enfoque es comparable con la teoría del tipo A y tipo C de personalidad respectivamente (Lazarus, 2000).

Lazarus propone que existen dos tipos de influencia del estrés en la salud: alterando la neuroquímica del organismo, y generando transacciones peligrosas y perjudiciales con las condiciones ambientales. Así existe la posibilidad de que no logremos regular la angustia emocional con sus efectos somáticos o adoptemos un estilo de vida que conlleve formas de manejo del estrés físicamente perjudiciales como el tabaquismo, el abuso de alcohol o la adopción de excesivos riesgos físicos (Lazarus, 2000).

Desde este punto de vista las diversas maneras de manejar el estrés, también influirán en la aparición, desarrollo y permanencia de la enfermedad.

El Enfoque Relacional Del Estrés De Lazarus Y Folkman

Actualmente el problema más complejo de la teoría del estrés psicológico consiste en especificar qué es psicológicamente nocivo; es decir, identificar las reglas

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

que determinan que un suceso psicológico sea estresante y por lo tanto, produzca la reacción de estrés (Lazarus, 2000).

Lazarus identifica dos modos de definir al estrés psicológico que se han desarrollado a lo largo del tiempo. Uno que se centra en los estímulos o sucesos estresantes (el estresor), y el otro en la respuesta o reacción provocada en el sujeto (la reacción generada por el estresor) (Lazarus, 2000).

La formulación teórica de Lazarus expresa que ambas son inapropiadas.

Enfoque centrado en los Estímulos

La idea de algún suceso ambiental que provoque las reacciones de estrés y la necesidad de manejarlas es un modo atractivo de pensar en el estrés psicológico. Pero este enfoque ignora por un momento que la mayoría de tales sucesos no sólo pasan a la persona pasiva, sino que la "víctima", ha contribuido de algún modo y puede estar manejando estos sucesos satisfactoriamente o no. Sin embargo, para el sentido común, los cambios en el transcurso de la vida, principalmente los fracasos y pérdidas, constituyen estresores psicológicos, es decir, funcionan como estímulos frente a sujetos pasivos (Lazarus, 2000).

Holmes y Rahe diseñaron en 1967 una de las escalas modernas para medir el estrés (Escala de Valoración de Reajuste Social). El instrumento fue diseñado para identificar los sucesos vitales que atraviesan la vida de todos los seres humanos sobre la base de la cantidad de esfuerzo presumiblemente necesario para manejarlos (Lazarus, 2000).

Los autores pidieron a muestras de diversos tipos de personas de diferentes países que valoraran el grado de

ajuste que requerían distintos acontecimientos vitales. Los resultados constituyen la base de la escala de valoración. El suceso más altamente valorado fue la muerte del cónyuge, seguido del divorcio, la separación, etc.; concluyendo con sucesos cuya valoración fue baja como el cambio de residencia o de centro educativo, las vacaciones o la Navidad. Para evaluar el grado de estrés se le solicitaba a los sujetos que señalaran cuáles de esos sucesos le habían ocurrido el año anterior. Se suponía que una puntuación alta (producto de cambios importantes o de la suma de varios cambios moderados), predisponía a las personas a la enfermedad (Lazarus, 2000).

Ese entusiasmo se ha desvanecido en la actualidad en parte por las limitaciones del razonamiento sobre el que se basaba y en parte por los problemas con todos los enfoques centrados en los estímulos a partir de la conceptualización sobre la mediación cognitiva, por no contemplar las diferencias individuales en la valoración y el manejo de las situaciones estresantes.

Enfoque de Respuesta

El enfoque es definido como la reacción problemática a los estímulos estresantes (respuesta de estrés). Podemos decir que nos sentimos presionados, ansiosos o angustiados, lo cual es una manera de definir el estrés como una respuesta emocional.

Tanto la fisiología como la medicina tienden a definir el estrés desde este punto de vista.

Además de ser un razonamiento demasiado simple, también es tautológico o circular; ya que, el estímulo estresante se define fundamentalmente por existir la respuesta de estrés, y la respuesta se define a partir del estímulo que presumiblemente la originó. En síntesis, el estímulo estresante no puede ser definido

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

independientemente de la respuesta que generó (Lazarus, 2000).

Este enfoque tampoco parece ser apropiado en la conceptualización de Lazarus, ya que no tiene en cuenta, nuevamente, las diferencias individuales.

Al centrar la mirada en las diferencias individuales, se da lugar a una tercera concepción del estrés como "Proceso". A esto se refiere el Enfoque Relacional de la conceptualización de Lazarus.

El enfoque relacional se basa en examinar el relativo equilibrio de las fuerzas entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos que posee la persona para manejarlos (parece regresar a la idea básica de Hooke de carga, estrés y tensión). El fundamento sería el siguiente: si la carga ambiental excede substancialmente a los recursos de la persona, se produciría una relación estresante. Si los recursos de la persona son equivalentes o exceden a las demandas, nos enfrentamos a una situación carente de estrés. Sin embargo, en este caso se puede producir una inesperada base de estrés producto de la falta de implicación y por lo tanto, el aburrimiento o tedio (Lazarus, 2000).

Siguiendo este punto de vista, el estrés resulta más poderoso cuando el individuo debe enfrentarse a demandas que no pueden ser satisfechas fácilmente. En este sentido, una de las emociones propias del estrés como es la ansiedad, es más propensa a aparecer cuando la persona no confía (o confía poco) en su capacidad para enfrentar el mundo con efectividad. Esta idea ha sido estudiada por Bandura y en investigaciones posteriores a partir del concepto de auto-eficacia. Por último, si la proporción de demandas es muy superior a los recursos, ya no hablamos de estrés sino de "trauma"; respuesta que se acompaña de

sentimientos de pánico, desesperanza y depresión (Lazarus, 2000).

Ahora bien, esta explicación básica a partir de demandas y recursos se complejiza al añadir la valoración del daño psicológico. La valoración implica que la mente de una persona trabaja evaluando la importancia o significado de lo que está sucediendo y lucha activamente para manejar el estrés (Lazarus, 2000).

Esta concepción se presenta como una visión superadora, al integrar tanto lo referido al sujeto como al ambiente, y por supuesto la interacción entre ambos. Si consideramos la enfermedad cancerosa como una manifestación corporal en la que intervienen tanto la mente como el ambiente (el sujeto considerado como ser bio-psico-social), necesitamos una teoría para explicar la enfermedad, que de cuenta de esta interacción.

Lazarus considera al estrés como un proceso en el que ocupan el primer plano los procesamientos cognitivos que median entre el ambiente y el organismo, más específicamente, entre las condiciones ambientales y las reacciones fisiológicas. El énfasis de esta teoría está puesto en la "transacción" que se produce entre el organismo y las exigencias que enfrenta (Puente Ferreras, 1998).

A partir de lo expuesto, el estrés puede ser definido como la incapacidad del sujeto para hacer frente a una situación considerada problemática. Esto supone tres condiciones: la interacción de factores personales y ambientales, que el acontecimiento exceda los recursos del sujeto y que haya sido evaluado por él mismo como amenazante (Puente Ferreras, 1998).

En primer lugar debemos tener en cuenta la interacción de factores; para que un determinado acontecimiento sea

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

estresante deberán intervenir diversos factores personales y situacionales.

Entre las Variables Situacionales intervinientes se deben considerar las Demandas Ambientales, presiones explícitas o implícitas que provienen del medio social para actuar de cierto modo y mostrar actitudes consideradas socialmente "correctas"; las Limitaciones, lo que las personas no deberían hacer y son seguidas por el "castigo" si son violadas; las Oportunidades y la Cultura (Lazarus, 2000).

Es interesante en este punto observar las limitaciones que facilitan o interfieren con el proceso de manejo. Si manejamos el estrés de una manera contraria a las normas sociales, vamos a necesitar censurar ciertas acciones, incluso aunque sean útiles para enfrentar la situación estresante. Las limitaciones suelen añadirse al estrés existente y señalan los límites de lo que podemos hacer para superarlo (Lazarus, 2000).

En relación a la Cultura, el enfoque de Lazarus no asume que las personas de una cultura tengan las mismas creencias, metas y formas básicas de manejo. Por el contrario, considera que las personas de una cultura son más heterogéneas que homogéneas, por lo tanto, solo pueden identificarse grupos discretos que comparten perspectivas comunes de ciertos tipos, tienden a reaccionar ante diversas circunstancias de determinada manera y seleccionan estrategias de manejo particulares (Lazarus, 2000).

De las Variables Personales se tendrán en cuenta fundamentalmente los Objetivos del sujeto. Sin un objetivo no hay posibilidad de que se produzca estrés, ya que las emociones estresantes son producto de la demora o imposibilidad de alcanzar un objetivo. Pero no sólo son importantes los objetivos, sino la jerarquía de los mismos; ya que en una determinada transacción adaptativa pueden

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

estar involucrados varios objetivos, incluso contrapuestos; lo cual nos obliga a tomar una decisión sobre cuál es más o menos importante en una situación determinada (Lazarus, 2000).

Del mismo modo, las Creencias sobre el Self y sobre el Mundo desempeñan un papel importante, éstas modelan nuestras expectativas sobre lo que puede suceder en un encuentro y por lo tanto lo que esperamos o tenemos (Lazarus, 2000).

El último elemento a tener en cuenta entre las variables personales son los Recursos del sujeto. Los recursos personales influyen sobre lo que somos capaces de hacer para lograr nuestros objetivos y manejar las demandas. Incluyen la inteligencia, el dinero, las habilidades sociales, la educación, el atractivo físico, las relaciones familiares y la amistad, etc. (Lazarus, 2000).

Sin embargo, la interacción de estos elementos no es suficiente para identificar un determinado evento como estresante, es fundamental en este punto la evaluación que el sujeto realice del mismo.

Lazarus y Folkman, señalan que cuando el individuo entra en contacto con situaciones nuevas o cambiantes, comienzan en él una serie de procesos de valoración cognoscitiva a través de los cuales confiere un significado al evento. En un primer momento (evaluación primaria), los eventos pueden ser percibidos como irrelevantes, benignos o estresantes en términos de sus consecuencias. Las características de los eventos como la ambigüedad, la impredecibilidad y la incontrolabilidad, son elementos que contribuyen al establecimiento de significados estresantes de la situación (Urquidi Treviño y Montiel Carvajal, 1998).

Las evaluaciones estresantes, incluyen significados de pérdida/daño, amenaza y desafío. La *pérdida* implica

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

perjuicio recibido; la *amenaza*, en cambio, hace referencia a daños o pérdidas que aún no acontecen pero que pueden presentarse, por ejemplo los pacientes con enfermedades crónicas (además de la valoración relacionada con la pérdida de la salud), anticipan como amenaza las consecuencias que ello implica, incluso la propia muerte. Por último, el *desafío*, tiene elementos en común con la amenaza, en tanto que ambos implican anticipación de las consecuencias, sin embargo la principal diferencia radica en el tipo de estrategias de afrontamiento que se involucran, dado que en el desafío se percibe un reto por superar la situación, mientras que en la amenaza predomina el potencial lesivo del evento y su impredecibilidad. (Urquidi Treviño y Montiel Carvajal, 1998).

La evaluación secundaria se produce a continuación y da cuenta de la valoración de la persona en relación a los recursos que posee para enfrentar dicha situación. (Urquidi Treviño y Montiel Carvajal, 1998).

Si las demandas son excesivas frente a los recursos personales, tenderemos a valorar la situación como amenaza; en cambio otras situaciones permiten suficiente flexibilidad para la aplicación de las destrezas personales, fomentando así el desafío (Lazarus, 2000).

Lazarus sugiere que la familiaridad del suceso, su predictibilidad y claridad favorecen el desafío; por el contrario la inminencia, la escasa temporalización (existen muchos motivos de estrés) y la larga duración, favorecen la amenaza (Lazarus, 2000).

Sin embargo, y en coherencia con lo desarrollado anteriormente, las variables personales y las ambientales se combinan para determinar en cada caso una valoración de amenaza o de desafío.

Lo importante en la evaluación secundaria es el reconocimiento de la discrepancia entre los recursos de

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

afrontamiento con que se cuenta y aquellos que exige la situación. El resultado de este proceso, es una *reevaluación* de la situación (Puente Ferreras, 1998).

Este proceso de valoración está regulado por la propia historia y la capacidad conductual del individuo y es en este sentido que ante un mismo evento se observarán entre individuos o para el mismo individuo en diferentes momentos, variaciones en las estrategias de afrontamiento y diversos grados de efectividad en el uso de las mismas. (Urquidi Treviño y Montiel Carvajal, 1998).

Calificar como "secundaria" a este tipo de valoración no connota un proceso menos importante, solo sugiere que la valoración primaria es una evaluación de si lo que está sucediendo merece o no nuestra atención, por otro lado, la valoración secundaria se centra en lo que ha de hacerse para el manejo. Las diferencias entre ellas tampoco se relacionan con la temporalización, sino con el contenido de cada una; la valoración primaria no necesariamente se produce en primer lugar (Lazarus, 2000).

En cualquier transacción estresante debemos evaluar las opciones de manejo y decidir cuales utilizar y como ponerlas en marcha, y estas decisiones a menudo tienen que ser modificadas de acuerdo con el transcurso de los sucesos.

La calidad de la valoración es crítica para un buen manejo. Este consiste en la selección del mejor proceso de manejo para una situación particular y la capacidad para abandonar rápidamente una estrategia que fracase y cambiarla flexiblemente por otra (Lazarus, 2000).

Existen dos vías opuestas a partir de las cuales puede hacerse una valoración: puede tratarse de un proceso deliberado y en gran medida consciente; o bien de una valoración intuitiva, automática e inconsciente (Lazarus, 2000).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

La mayoría de las situaciones estresantes son repeticiones de los dilemas humanos básicos de la vida. Esta repetición suele no ser idéntica a las versiones previas pero su significado relacional sigue siendo el mismo, por lo tanto, no necesitamos repetir todo el proceso de valoración para hacer una evaluación rápida cada vez que valoramos. Si disponemos de alguna experiencia previa, una señal mínima puede provocar la reacción de estrés y el proceso de manejo asociado sin necesidad de reflexión o aprendizaje nuevo (Lazarus, 2000).

Esto no es lo mismo que la inconsciencia como resultado de los procesos de defensa del yo de la teoría psicoanalítica, que es denominada por Lazarus y Folkman como "revaloración defensiva".

La adecuada valoración del suceso dará la posibilidad de elección de la estrategia de manejo más conveniente a la situación estresante desarrollada.

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. Dan cuenta de aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Llull et. al, 2003). Son actividades que podemos desarrollar, bien de tipo cognitivo o de tipo conductual, que pueden ir encaminadas a modificar la situación que provoca la emoción o a reducir la intensidad de la reacción emocional (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Cano Vindel, et. al, 2000).

En este trabajo los términos "afrontamiento" y "manejo" del estrés serán utilizados con la misma significación.

Originalmente se consideraba al manejo como una característica estructural o de personalidad. Una de las principales contribuciones de Lazarus fue la descripción

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

del manejo como "proceso", sensible a las demandas relacionales cambiantes.

En esta investigación se entenderá al manejo como "estrategias de afrontamiento al estrés" y no como estilo de personalidad. Sin embargo debemos tener presente que los dos modos de pensamiento (proceso y estructura) son esenciales para una comprensión apropiada del manejo, siendo coherente con la conceptualización de Lazarus.

Lazarus y Folkman propusieron un modelo bidimensional para referirse al afrontamiento, al considerar que este se encuentra al servicio de dos grandes funciones como son solucionar el problema generador de tensión y actuar sobre las reacciones emocionales de estrés. De éstas se derivaron sus dos modos básicos: centrado en el problema y centrado en la emoción respectivamente, que podían facilitarse u obstaculizarse entre sí (Godoy y Moreno, 2002).

Estilos Y Estrategias De Afrontamiento

La historia de la investigación sobre estilos de afrontamiento, se remonta a las ideas sobre estilos de expresión de los años 30' y los estilos cognitivos y controles de los 50' (Lazarus, 2000).

Allport y Vernon estudiaron en 1933 el ritmo de las acciones de una persona (movimientos lentos o bruscos), el grado de énfasis al escribir (trazo profundo o presión ligera) y la expansividad (uso del espacio en la escritura a partir de letras grandes y espaciadas o pequeñas y unidas). Los resultados de estos estudios mostraron una consistencia en los movimientos expresivos a lo largo del tiempo y bajo diversas circunstancias, lo que hizo pensar en la existencia de determinados "estilos expresivos". Ahora bien, si estos estilos expresivos existían, también deberían existir "estilos cognitivos", lo cual resultaba

mucho más útil de estudiar, ya que darían cuenta del modo habitual que emplean las personas para pensar y manejar sus transacciones adaptativas (Lazarus, 2000).

Con el apogeo del Psicoanálisis en los años 50' y 60', muchos otros tóricos iniciaron estudios sobre estilos cognitivos. George Klein, formuló lo que se denominó "Leveling vs. Sharpening" (Nivelación-Acentuación). La Nivelación es la tendencia a prescindir de las diferencias preceptuales entre los objetos y los sucesos. Una persona con este estilo, percibe las cosas en términos de semejanza o similitud. La Acentuación es el estilo opuesto, subraya la percepción de diferencias entre los objetos y entre los sucesos. Los "niveladores" favorecían el mecanismo de defensa de la "represión", mientras que los "acentuadores" la "intelectualización" o distanciamiento para el manejo de la amenaza (Lazarus, 2000).

La investigación mostraba un vínculo entre los estilos cognitivos y las defensas del yo, lo que motivó la investigación de numerosos psicólogos durante varias décadas (Lazarus, 2000).

Con el paso de los años se mantuvo la investigación sobre la represión-sensibilización como estilos cognitivos o defensivos y hubo un gran interés por comprobar si la ansiedad de rasgo baja (que se correlaciona normalmente con el estilo represivo) constituye un estado mental real de la persona o es defensivo (Lazarus, 2000).

El problema es el modo de determinar si lo que se ha clasificado como estilo represivo refleja un proceso de defensa o es meramente el modo de presentarse socialmente. En este caso, la puntuación alta en represión solo determina que tales personas parezcan ser psicológicamente sanas (bajas ansiedad) cuando en realidad esconden la verdad de su angustia (Lazarus, 2000).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Este enfoque presenta varias limitaciones: en primer lugar reduce el manejo a un contraste entre dos estilos opuestos extremadamente amplios. Simplifica excesivamente la variedad y riqueza de tipos de pensamientos, acciones y estrategias de manejo que emplean las personas bajo circunstancias de estrés; por otro lado, ignora las intenciones impresas en los objetivos y las estrategias integradoras que usan las personas al tratar de sobreponerse al daño, la amenaza y el desafío. Por último, los estilos de manejo ignoran habitualmente el gran tramo intermedio de la distribución del estilo. El poder predictor de un estilo se basa en una pequeña minoría de sujetos en cualquier extremo de la dimensión, de modo que el grupo intermedio de sujetos no contribuye en los resultados de la varianza (Lazarus, 2000).

El individuo siempre maneja algo en particular. Debemos aprender a describir en detalle el modo de manejo de las personas, qué es lo que manejan, y los significados relacionales orientados al objetivo que subyace a su alternativa de manejo, considerando las variaciones individuales. Esto es lo contrario a lo que se hace desde la perspectiva de los estilos de afrontamiento.

Aquellos cuyas investigaciones subrayan el enfoque de estilo, rara vez evalúan el grado en que el estilo de manejo es representativo del modo en que la persona se maneja realmente en diferentes contextos y en varios momentos. Esta es la limitación más importante de este enfoque (Lazarus, 2000).

La crítica no es al concepto mismo de estilo, sino al tipo de medición que se utiliza para dicho fin.

Desde la teoría de Lazarus, el Manejo es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas (internas y/o externas)

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas (Lazarus, 2000).

Podríamos definir entonces las estrategias de afrontamiento como el esfuerzo por resolver el estrés psicológico.

El enfoque de Lazarus se basa en tres postulados principalmente:

No existe estrategia de manejo universalmente efectiva o inefectiva

El manejo debe medirse aislado de los resultados que produce. Su eficacia dependerá del tipo de persona, el tipo de amenaza y el escenario donde se produce el encuentro. La formulación procesal es inherentemente contextual. De esta forma, la "negación" que dentro de la teoría del rasgo o estilo podríamos pensarla como perjudicial o patológica, puede ser en ciertas condiciones beneficiosa. El cáncer es una enfermedad especialmente estresante por la amenaza a la vida que se presenta en estos individuos. En las fases terminales, cuando nada puede hacerse para alterar la enfermedad ni prevenir el daño futuro, la negación sería incluso beneficiosa. Sin embargo, y atendiendo al enfoque situacional, cuando la negación o la ilusión (considerada por Lazarus como una forma más sana de negación) impiden la necesaria acción adaptativa, es probable que sea perjudicial (Lazarus, 2000).

Los pensamientos y acciones de manejo deben describirse en detalle

Lazarus y Folkman describen ocho estrategias de afrontamiento fundamentales:

- *Confrontación*: se refiere a acciones concretas realizadas con el fin de cambiar la situación.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

- *Distanciamiento*: se refiere a los esfuerzos realizados para alejarse de la situación considerada estresante.
- *Autocontrol*: se refiere a los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- *Búsqueda de apoyo social*: hace referencia a acciones dirigidas a encontrar consejo, información o comprensión de los otros.
- *Aceptación de la responsabilidad*: se refiere al reconocimiento de la propia responsabilidad en el problema.
- *Huida-Evitación*: se trata del alejamiento activo del problema.
- *Planificación*: hace referencia al análisis sobre la situación y búsqueda de estrategias para el futuro.
- *Reevaluación positiva*: se refiere a la asimilación de la experiencia en orden al desarrollo personal (Puente Ferreras, 1998).

Es importante tener en cuenta que ninguna de las modalidades de afrontamiento presentadas, es óptima en todas las situaciones; cualquiera puede ser utilizada y su eficacia dependerá de los objetivos que persiga el sujeto (Labrador, 1992, citado por Puente Ferreras, 1998).

Existen dos funciones principales del Manejo

En el manejo *Centrado en el problema*, la persona obtiene información sobre qué puede hacerse y moviliza las acciones con el propósito de modificar la realidad de la relación problemática persona-medio. Estas acciones pueden orientarse hacia el medio o hacia si misma (Lazarus, 2000). Ej. Los pacientes buscan las opiniones de diferentes oncólogos sobre el tipo de tratamiento a realizar y cuál es el mejor cirujano.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

El manejo *Centrado en la Emoción* tiene como finalidad regular las emociones producidas por la situación estresante (Ej. Evitar pensar en el problema), sin modificar esta realidad (Lazarus, 2000). En nuestro caso, las pacientes pueden contemplar la enfermedad con extrema vigilancia o con evitación; pero, una vez elegido el tratamiento, y si no hay nada más que pueda hacerse puede ser conveniente distanciarse emocionalmente de los peligros potenciales futuros.

Según Lazarus, cuando revalorizamos una amenaza, modificamos nuestras emociones elaborando un nuevo significado relacional del encuentro estresante (Lazarus, 2000). Aunque en un primer momento, frente al diagnóstico, los pacientes tengan un alto monto de ansiedad, este puede disminuir notablemente al saber que su tumor es localizado y son buenos candidatos para la cirugía. La revalorización cognitiva es una de las formas más efectiva de manejar una situación vital estresante.

La principal limitación de este enfoque es que corre el riesgo de ser excesivamente contextual sin posibilidad de generalizaciones (Lazarus, 2000).

Hay dos errores frecuentes que suelen presentarse al considerar las estrategias de afrontamiento; el primero es considerar las funciones del manejo como tipos discretos de acción. A menudo concluimos hablando como si fuera fácil determinar que pensamiento o acción corresponde a la categoría centrada en el problema o en la emoción, cuando el mismo acto, en realidad, puede tener más de una función. La segunda fuente de error es que solemos contrastar las dos funciones (centrada en el problema y centrada en la emoción) tratando de determinar incluso, cuál es más útil. Lo que no tenemos en cuenta es que ambas funciones rara vez se hallan separadas. Ambas son partes esenciales del manejo, se facilitan entre ellas y es esta combinación lo

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

que determinará que el manejo sea eficaz o no (Lazarus, 2000).

El presente estudio estudiará las Estrategias de Afrontamiento al Estrés a partir de la conceptualización de Lazarus, partiendo de un enfoque situacional, de interacción. Se espera encontrar en las pacientes con cáncer de mama a partir del descubrimiento de su enfermedad, estrategias específicas que las diferencian de las mujeres sanas. Siguiendo el desarrollo teórico anterior, puede suponerse que estas modalidades para enfrentarse a las situaciones difíciles podrían tener relación con el desarrollo y agravamiento de la enfermedad. Su conocimiento podría ser de utilidad para nuevos estudios y abordajes terapéuticos y principalmente para establecer las bases a partir de las cuales continuar la investigación en la ciudad de Río Cuarto donde no se encontraron hasta la fecha registros sobre el tema.

CAPÍTULO 3

Método

Se llevó a cabo un diseño ex post facto prospectivo simple (León y Montero, 1997). Se estudió una única variable independiente (presencia o no de cáncer de mama) mediante la comparación de grupos (un grupo de mujeres enfermas y un grupo de mujeres con similares características sociodemográficas que no presentaban la enfermedad).

Las variables dependientes del estudio fueron las ocho Estrategias de Afrontamiento al Estrés estudiadas por Richard Lazarus.

Este diseño presenta como principal ventaja la eliminación del sesgo retrospectivo en la búsqueda de la variable independiente (León y Montero, 1997). La variable cáncer de mama está dada de antemano lo que garantiza la antecesión a la variable dependiente (estrategias de afrontamiento).

Como desventaja del diseño debemos considerar la limitación para generalizar los resultados fuera de la muestra seleccionada, es decir, las limitaciones en relación a la validez externa de la investigación y el posible sesgo de selección de la muestra (León y Montero, 1997).

Participantes

Se realizó un muestreo no aleatorio accidental (León y Montero, 1997). Las 40 mujeres con cáncer de mama fueron contactadas en el Servicio de Oncología de la Clínica Regional del Sud, del Instituto Médico Río Cuarto y del Policlínico Privado San Lucas de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba. La entrevista fue tomada en la sala de espera mientras aguardaban la consulta médica.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Las mujeres fueron seleccionadas en base al cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Estar diagnosticadas con cáncer de mama en cualquiera de sus estadios.
- Estar recibiendo tratamiento de quimioterapia, hormonoterapia o radioterapia.
- Consentimiento informado.

El grupo de sujetos sanos, estuvo constituido por 40 mujeres seleccionadas de la población general a partir de características sociodemográficas similares al grupo de mujeres con cáncer de mama; el criterio de selección fue asimismo la accesibilidad. Al igual que la muestra de pacientes enfermas, este segundo grupo, debió firmar un consentimiento informado para participar de la investigación.

Herramientas e Instrumentos:

Cuestionario de Datos Sociodemográficos: con el que se registró edad, estado civil, profesión y nivel educativo.

Cuestionario de Historia Clínica: con el que se registró estadio y tiempo de diagnóstico en meses; tipo/s de tratamiento/s actual/es (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia); realización o no de cirugía y antecedentes de enfermedad crónica. Este cuestionario sólo fue administrado al médico tratante de las mujeres que presentaban el diagnóstico de cáncer de mama.

Cuestionario de Estilo de Afrontamiento: La Escala de Afrontamiento consta de 67 ítems y fue desarrollado por Lazarus y Folkman (1986), para evaluar las ocho estrategias de afrontamiento al estrés definidas en su modelo teórico, y obtenidas mediante análisis factorial. La consistencia interna de las ocho subescalas evaluadas a través del alpha de Cronbach, osciló entre 0,61 y 0,79. En este trabajo se utilizó la versión española del cuestionario; este

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

instrumento ha sido utilizado en nuestro país en las investigaciones de Godoy y Moreno en relación a la severidad del asma, en Valente con pacientes oncológicos de Entre Ríos y Vitali en una muestra de adolescentes, también de la provincia de Entre Ríos (Godoy y Moreno, 2002).

Tabla 1: Nomenclatura y número de ítems pertenecientes a cada subescala del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés		
Dimensión	Nomenclatura	Número de ítems
Confrontación	C	6 7 17 28 34 46
Bus. de Ap. Social	S	8 18 22 31 42 45
Acept. de la Res.	R	9 25 27 29 51
Autocontrol	A	10 14 24 35 43 54 61 62 63 64 65
Escape-Evitación	E	3 11 16 33 40 47 50 55 58 59
Distanciamiento	D	4 12 13 15 21 32 37 41 44 53 57
Res. Plan. De prob.	PS	1 2 26 39 48 49 52
Reevaluación Pos.	P	5 19 20 23 30 36 38 56 60 66

Nota: El ítem 67 no corresponde a ninguna estrategia en particular y nos permite conocer otras posibilidades de manejo.

Los cuestionarios fueron contestados en presencia del entrevistador. La consigna fue transmitida de manera oral con una modificación de la presentada en el cuestionario. Se solicitó a los sujetos que pensarán en una situación difícil que hayan tenido que enfrentar en el último tiempo y que respondieran en que medida actuaron como describe cada ítem en esa situación particular. Podían referirse a su enfermedad o a otra situación difícil atravesada

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

(recordemos que el test evalúa cómo los sujetos manejan el estrés y no cómo afrontan el diagnóstico de cáncer).

La consigna de responder de acuerdo a "cómo maneja los problemas importantes que le suceden en su vida", que se encuentra en el instrumento original fue modificada con posterioridad (Lazarus, 2000). La misma implicaba considerar que las personas se enfrentan de similar manera a todas las situaciones difíciles tal como lo expresa la teoría del Rasgo o Estilo de Manejo del estrés. La modificación es congruente con la consideración del afrontamiento al estrés como situacional.

La tendencia a emplear diversas estrategias podía variar entre: en absoluto (0), en alguna medida (1), bastante (2), en gran medida (3); y fue estimada calculando el promedio de puntajes de los ítems correspondientes a cada una.

Algunos ítems presentaron dificultades por la terminología utilizada:

10-No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta.

En este caso, para que pudieran responder al ítem, se utilizaba la frase "no me di por vencido", cuando el sujeto solicitaba ayuda.

15-Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.

66-Hice Jogging u otro ejercicio.

Otros resultaban ser ambiguos y muchos de los sujetos presentaron dificultades en su resolución:

6-Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.

22-Busqué la ayuda de un profesional.

Como el cuestionario fue aplicado para la realización de una tesis de Licenciatura en Psicología, la idea de

"profesional" fue confundida en la mayoría de los casos con la de "psicólogo".

A pesar de las dificultades observadas en la administración del cuestionario, los ítems se mantuvieron sin modificaciones para su análisis posterior.

Procedimiento

En primer lugar, se localizó un grupo de mujeres con cáncer de mama (variable independiente de este estudio);

La incorporación de los sujetos al estudio fue voluntaria debiendo firmar un consentimiento informado.

Las pacientes completaran los cuestionarios bajo las siguientes condiciones:

- Durante el periodo de espera de su control médico.
- En un lugar confortable.
- Individualmente.
- Bajo la supervisión del investigador.

El cuestionario de Historia Clínica fue completado por el médico tratante.

El segundo paso fue localizar un segundo grupo de mujeres sin cáncer de mama pero lo más parecido posible al primer grupo en relación a las variables sociodemográficas que se desean controlar; variables que se considera, pueden estar relacionadas con el fenómeno bajo estudio (Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama), pero no son objeto de la investigación.

Las ochenta mujeres respondieron a los cuestionarios pertinentes para la evaluación de datos sociodemográficos, Estrategias de Afrontamiento al Estrés y para las cuarenta primeras, Cuestionario de Historia Clínica.

Una vez recogidos los datos fueron tabulados para su posterior análisis estadístico con el programa "SPSS".

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, calculando frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

típicas de las variables sociodemográficas y clínicas consideradas.

Para el estudio de las Estrategias de Manejo del Estrés se realizaron tablas donde se observó el número de mujeres enfermas y sanas que utilizaban las categorías (en absoluto, en alguna medida, bastante y en gran medida) de cada ítem correspondiente a cada estrategia de manejo. Para resumir la Estrategia (realizar un análisis de todos los ítems correspondiente a cada estrategia) se tomó como variable la suma de los ítems que la conforman. Se obtuvo para cada dimensión el valor de la Media (M) y la Desviación Estándar (DS) correspondiente.

Para cada Estrategia se realizaron pruebas t de diferencia entre medias para muestras independientes con $p \leq .05$. Para el cálculo de la magnitud de las diferencias se obtuvieron d de Cohen (medidas de tamaños del efecto).

Los resultados fueron presentados en un gráfico de barras, donde se pudo observar claramente las diferencias entre ambos grupos.

Cuestiones Éticas

La participación en la investigación fue voluntaria.

Se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos durante todo el proceso de investigación.

Se les comunicó a los participantes que sus respuestas serían utilizadas solo con el número de código por los investigadores.

Se les permitió a las personas involucradas en la investigación retirarse de la misma cuando así lo deseaban. (Ver en anexo el modelo de solicitud de consentimiento utilizada)

CAPITULO 4

Resultados

Se consideró un grupo de 40 mujeres con cáncer de mama y se comparó con otro grupo, también de 40 mujeres, que no lo padece respecto a las estrategias de Afrontamiento que utilizan en situaciones de estrés.

Fueron consideradas dentro de las variables sociodemográficas la edad, estado civil, nivel de estudios y profesión. La muestra de sujetos enfermos estuvo constituida por mujeres entre 30 y 79 años; la media de edad para este grupo fue de 60,72 (DS= 11,46). Se consideró un grupo de mujeres sanas en el mismo rango de edad, con una media algo menor y mayor desvío estándar (M= 54,47, DS= 12,48). Los grupos eran equivalentes concentrando entre los 50 y 69 años el mayor número de sujetos (60% de las mujeres enfermas y 52,5% de mujeres sanas).

En relación a las otras características sociodemográficas el mayor número de mujeres de ambos grupos se concentró en las categorías casada (el 60% de las mujeres enfermas y el 65% de las sanas) y ama de casa (el 55% de las mujeres enfermas y el 50% de las sanas). Con respecto al nivel de estudios se observa un mayor número de mujeres sanas con estudios secundarios completos. En ambos grupos el porcentaje de sujetos sin antecedentes de enfermedad cancerosa es mayor.

Tabla 2: Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas observadas en las mujeres de la muestra con y sin cáncer de mama.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Ca. De mama				
Variables Sociodemográficas	Enfermas ^a		Sanas ^b	
	f	%	f	%
Estado Civil				
Soltera	4	10.0	5	12.5
Casada	24	60.0	26	65.0
Viuda	9	22.5	6	15.0
Divorciada	3	7.5	3	7.5
Estudios				
No tiene	9	22.5	5	12.5
Primario	18	45.0	12	30.0
Secundario	7	17.5	17	42.5
Terciario	3	7.5	3	7.5
Universitario	3	7.5	3	7.5
Profesión				
Ama de casa	22	55.0	20	50.0
Empleada	5	12.5	6	15.0
Administrativa	3	7.5	-	-
Docente	3	7.5	6	15.0
Otro	7	17.5	8	20.0
Antecedentes				
No tiene	25	62.5	27	67.5
Si tiene	15	37.5	13	32.5

Nota: ^a n= 40 ^b n=40

A partir de la aplicación del cuestionario de historia clínica a las mujeres con cáncer de mama se obtuvo información referida al estadio de la enfermedad que se encontraban atravesando y el tiempo de diagnóstico de la misma.

Tabla 3: Frecuencias y porcentajes de mujeres en los distintos estadios de la enfermedad y en diferentes tiempos de diagnóstico.

Ca. De mama		
Datos Clínicos	Enfermas [□]	
	f	%
Estadio de la Enfermedad		
Estadio I	-	-
Estadio II	21	52.50
Estadio III	11	27.50
Estadio IV	8	20.00

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Tiempo de Diagnóstico		
Menos de un año	25	62.50
Más de un año	15	37.50

Nota: ^a n= 40

Para la evaluación de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés empleadas, se realizó para cada sujeto la suma de las respuestas a los ítems correspondientes a cada Estrategia y se obtuvieron las correspondientes medias y desviaciones estándar. A continuación se realizaron pruebas t de diferencia entre medias para muestras independientes y mediadas del tamaño del efecto (d de Cohen) para las ocho estrategias de afrontamiento desarrolladas por Lazarus.

Tabla 4: Medias, Desviaciones estándar, valores t y tamaños del efecto para cada una de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés en función de la presencia o no de cáncer de mama.

Dimensión	Ca. De mama					
	Enfermas ^a		Sanas ^b		t	d
	M	DS	M	DS		
Confrontación	6.48	2.42	8.73	2.95	-3.72*	0.76
Bus. de Ap. Social	8.38	3.42	8.53	4.20	-.17	0.04
Acept. de la Res.	5.53	2.49	6.90	2.46	-2.48*	0.56
Autocontrol	14.78	5.87	15.18	5.09	-.32	0.08
Escape-Evitación	10.53	3.79	9.95	3.90	.66	-0.15
Distanciamiento	15.93	5.02	14.60	4.90	1.19	-0.27
Res. Plan. De prob.	10.05	3.71	10.80	3.66	-.91	0.20
Reevaluación Pos.	17.33	5.84	19.13	5.14	-1.46	0.35

Nota: ^a n= 40 ^b n=40

*p≤.05

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

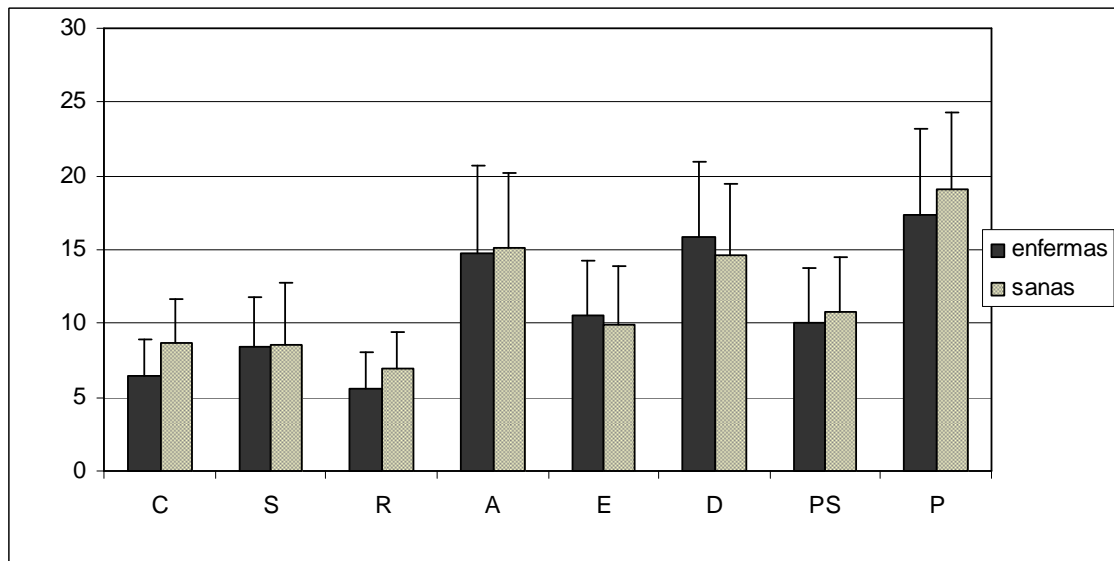


Figura 1. Diferencia de medias entre las respuestas de mujeres sanas y mujeres con cáncer de mama para las ocho Estrategias de Afrontamiento al Estrés.

Los resultados presentan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) para las Estrategias "Confrontación" y "Aceptación de la Responsabilidad". La confrontación fue la estrategia que mayor diferencia presentó entre ambos grupos ($d = 0,76$).

Las mujeres del grupo control (mujeres sanas), presentan los valores más altos en los ítems correspondientes a estas Estrategias, lo que permite pensar en una mayor utilización de las mismas por parte de este grupo de mujeres.

La "Reevaluación Positiva" fue asimismo más utilizada por este grupo de mujeres aunque la diferencia con la media del grupo con cáncer de mama no fue estadísticamente significativa ($t = -1.46$).

Solo dos de las ocho Estrategias de Afrontamiento evaluadas fueron utilizadas preferentemente por las mujeres enfermas; se trata de la estrategia "Escape-Evitación" (aunque la diferencia para ambos grupos no fue significativa, $t = .668$) y el "Distanciamiento", que a pesar de presentar mayores diferencias con la media observada en

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

el grupo control, los resultados no fueron estadísticamente significativos ($t=1.19$).

No se encontraron diferencias para las Estrategias "Búsqueda de apoyo social", "Autocontrol", y "Resolución planificada de Problemas".

Discusión

El cáncer se ha convertido en los últimos años en una de las principales causas de muerte de la población a nivel mundial. El misterio que encierra su génesis y desarrollo se ha transformado en un motor continuo de búsqueda e investigación.

Desde la Psicología, específicamente desde la Psico-oncología, diferentes estudios han aportado gran cantidad de datos en relación a la influencia de factores como la ansiedad, la depresión y el estrés en el desarrollo de la enfermedad cancerosa.

Las investigaciones manifiestan la existencia de variables psicológicas, incluida la capacidad para afrontar el estrés, que dan lugar a una mayor incidencia del cáncer y a una disminución del tiempo de supervivencia (Prieto Fernández, 2004).

La consideración al estrés parte del supuesto según el cual las enfermedades (principalmente aquellas consideradas crónicas), representan para la mayoría de los sujetos una situación generadora de estrés.

Las investigaciones realizadas a nivel mundial en relación al Manejo del estrés en pacientes con cáncer de mama, describen a estas mujeres como altamente emocionales, pasivas y con una utilización predominante de estrategias de evitación. Se las caracteriza con un bajo nivel de ansiedad autoinformado y un alto monto de deseabilidad social, lo que ha sido denominado por diversos autores como "represión emocional", concepto que da cuenta de la dificultad para la expresión de emociones negativas (como la ansiedad y la ira).

El presente trabajo intentó describir a las pacientes con patología mamaria en relación a las Estrategias de Afrontamiento al estrés utilizadas predominantemente.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

La teoría que encuadró la investigación fue la conceptualización desarrollada por Lazarus en relación al estrés y el manejo del mismo. Sus principios teóricos pueden resumirse en lo siguiente: la mente y la conducta humana son contempladas en términos "relacionales"; es decir, son producto de la intersección de las variables que se encuentran en el entorno inmediato y las que se hallan en el interior de la propia persona; por lo tanto, la teoría del Manejo del Estrés se interesa por los "procesos" y por el "significado" que la persona elabora a partir de las relaciones con el medio. No considera al Manejo como rasgo de personalidad, sino diferentes modalidades de afrontamiento que varían de una situación a otra y con el transcurso del tiempo.

El autor describe ocho Estrategias bien diferenciadas entre sí: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de Apoyo Social, Aceptación de la Responsabilidad, Evitación, Planificación y Reevaluación Positiva. La descripción de las modalidades de manejo utilizadas no implica la consideración de estrategias universalmente efectivas o inefectivas, la eficacia depende del tipo de persona, el tipo de amenaza y el contexto en que se produce el encuentro.

En este trabajo la muestra estuvo constituida por cuarenta pacientes con cáncer de mama que concurrían a la consulta médica en la ciudad de Río Cuarto en el año 2008 y cuarenta mujeres sanas de similares características sociodemográficas.

Al comparar los dos grupos, se observó que las mujeres sanas utilizaban predominantemente las Estrategias "Aceptación de la Responsabilidad" y "Confrontación" con resultados estadísticamente significativos ($p \leq .05$).

En cuanto al grupo de mujeres con cáncer de mama, la Estrategia utilizada principalmente fue el

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

"Distanciamiento", pero los resultados no fueron estadísticamente significativos.

No se encontraron diferencias en ambos grupos en cuanto a la utilización de las Estrategias "Escape-Evitación", "Autocontrol", "Resolución Planificada de Problemas" y "Búsqueda de Apoyo Social".

La Evitación, definida por Lazarus como el alejamiento activo por parte del sujeto de la situación problemática, es considerada en investigaciones anteriores como la estrategia de manejo principal en pacientes con cáncer de mama (Llull et al, 2003; Caporale et al, 2007). Podríamos suponer que la disparidad de resultados con los obtenidos en este estudio, pueden deberse a las características de la muestra. En primer lugar, las mujeres de la muestra fueron contactadas en el servicio de oncología de los diferentes Institutos médicos de la ciudad, lo que ya indicaba desde el comienzo que las pacientes enfrentaban la situación problemática y no la evitaban, estaban buscando ayuda de un profesional; en este sentido, la muestra estaba de algún modo sesgada porque no pudieron entrevistarse mujeres enfermas que no estuvieran recibiendo tratamiento. Por otro lado, en la investigación presente el 52,5 % de las mujeres se encontraban atravesando el estadio II de la enfermedad; éste es considerado un estadio leve (no presenta metástasis), con muchas posibilidades de tratamiento y con pocas modificaciones en la calidad de vida de las pacientes. La evitación como mecanismo de afrontamiento en este momento sería inadecuado, imposibilitaría la oportunidad de acceder a un buen tratamiento y por lo tanto, de la cura. Siguiendo el enfoque contextual de la teoría de Lazarus, podríamos pensar como más probable, que la Evitación se presente fundamentalmente en estadios mas avanzados de la enfermedad donde las posibilidades de curación se ven limitadas. Sería importante la realización

de nuevas investigaciones ampliando la muestra de sujetos e incorporando un análisis diferenciado por estadios de la enfermedad, acorde a la conceptualización del manejo como contextual y maleable a través del tiempo.

Asimismo, se esperaba encontrar en las mujeres enfermas valores mayores en la utilización del "Autocontrol" como estrategia de manejo a partir de la consideración de lo expresado en investigaciones anteriores en relación a la dificultad de este grupo de mujeres para la expresión abierta de las emociones, sobre todo aquellas consideradas negativas (como la ansiedad y la ira) (Cano Vindel et al, 2000). Los resultados contradictorios en la presente investigación pueden deberse a lo que ha sido denominado por otros autores como "represión emocional", la imposibilidad de expresar estas emociones también es reflejada en las respuestas dadas a los cuestionarios en presencia del investigador. Esta dificultad podría ser resuelta mediante la incorporación de entrevistas en profundidad en próximas investigaciones sobre el tema. La necesidad de "poner palabras" a lo que está ocurriendo para poder de algún modo comprenderlo, asimilarlo, está presente en todas las pacientes, incluso en las que se niegan a hablar y aquellas que utilizan el Distanciamiento como Estrategia predominante de Manejo del Estrés. Las cartas y notas que las pacientes escribían, incluso en los mismos cuestionarios utilizados para la investigación, son un claro ejemplo de ello.

Desde el trabajo clínico, sería importante brindarles a estas mujeres la posibilidad de hablar de lo que les está sucediendo en un ambiente adecuado, alejado de sus vínculos más íntimos.

Otro de los resultados que se esperaba encontrar es la utilización de la "Aceptación" como estrategia fundamental implementada por las mujeres sanas (Caporale et al, 2007).

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

En este punto sí se encontraron resultados estadísticamente significativos ($p \leq .05$). La "Aceptación de la Responsabilidad" es definida por Lazarus como el reconocimiento de la propia responsabilidad en el problema; se trata de una forma de manejo del estrés claramente activa, lo que permite pensar en una mayor utilización de este tipo de estrategias por parte de las mujeres sanas.

En este sentido, la hipótesis inicial de esta investigación que esperaba encontrar la Evitación como estrategia de manejo fundamental en las pacientes con cáncer de mama (estrategia pasiva de manejo), y la Aceptación de la Responsabilidad en las mujeres sanas (estrategia activa de afrontamiento), sólo pudo ser confirmada parcialmente. Sólo la Aceptación de la responsabilidad y la Confrontación (ambas estrategias activas) mostraron diferencias estadísticamente significativas para las mujeres sanas.

Es importante aclarar que los resultados del estudio no determinan causalidad; es decir, no podemos afirmar que la manera de enfrentar las situaciones estresantes enfermó a las mujeres con cáncer de mama, sino que, por encontrarse enfermas en un momento determinado de su historia, enfrentan el estrés de una manera determinada. Los resultados respetan el enfoque situacional, contextual, de la teoría de Richard Lazarus.

Entre los resultados obtenidos en estudios previos, se encuentra la aparición de la enfermedad en personas que han sufrido la pérdida de una relación emotiva importante; en viudos, separados y divorciados (Prieto Fernández, 2004). Las características de la muestra en la presente investigación no presentaban información que pudiera hacer sospechar la posible influencia de este factor, ya que el 60 % de las mujeres estaba casada y convivía con su pareja en el momento de la entrevista.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Sería enriquecedor para continuar la investigación en el área, la posibilidad de realizar un estudio longitudinal siguiendo a los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad si pudieran solventarse los gastos de tiempo y dinero que esto conlleva. Recordemos que la segunda dificultad que expresa Lazarus para estudiar la influencia del manejo del estrés sobre la salud, es que la salud es normalmente estable y no cambia con rapidez; para demostrar la influencia causal, se requiere demostrar que los factores psicosociales producen cambios en la misma, pero a consecuencia de esta estabilidad, hacerlo es muy difícil (Lazarus, 2000). Asimismo, sería importante la incorporación de otros sitios tumorales como el cáncer de colon-recto que es actualmente el más frecuente en la ciudad de Río Cuarto. Los registros efectuados por los oncólogos de los centros médicos a los que las mujeres de la muestra asistían a la consulta, señalan un incremento importante en esta patología que supera incluso, a la consulta por cáncer de mama.

Los datos obtenidos en este estudio, resultaron importantes para establecer una base desde la cual seguir investigando, sobre todo en la población de Río Cuarto donde los trabajos previos en el área son escasos. En relación al trabajo en pacientes con cáncer de mama, sería interesante ampliar la investigación con un estudio cualitativo de entrevistas semiestructuradas donde las mujeres pueden expresar sus sentimientos. La utilización de la técnica de Auto-informe en esta investigación presentó las dificultades propias del instrumento, la baja capacidad de introspección de algunas pacientes y la manipulación del contenido otorgando respuestas "socialmente aceptadas". Por otro lado, al ser considerado al manejo por definición como "inestable", modificándose permanentemente con la

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

interacción de factores personales y situacionales, se constituye en un dilema para su medición (Lazarus, 2000).

Estos elementos deben ser tenidos en cuenta al momento de planificar una forma de abordaje a la patología desde la psicología. En términos generales, es importante la incorporación de estrategias activas de manejo del estrés en las pacientes con patología mamaria. Si bien, no se encontró en este grupo una utilización predominante de estrategias pasivas de manejo, el grupo de mujeres sanas mostró un mayor uso de las estrategias activas. Las investigaciones anteriores así como también la teoría desarrollada a partir de ella, presenta a estas diferentes maneras de enfrentar el estrés como determinantes en la incidencia del cáncer y en la disminución del tiempo de supervivencia (Prieto Fernández, 2004).

Sería interesante la incorporación de lo que Steven Hayes desarrolló con el nombre de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso). Este aporte parte de una teoría de la psicopatología que considera como elemento fundamental de la salud la flexibilidad psicológica. La patología surge cuando se limita dicha flexibilidad. Una de las fuentes de rigidez psicológica es la evitación experiencial, que consiste en evitar los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones que nos resultan desagradables, pero de forma destructiva, es decir, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo de las evitaciones. El objetivo de la terapia de aceptación y compromiso es eliminar la rigidez psicológica para lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, mostrando al sujeto la posibilidad de responsabilizarse por su conducta manteniendo una posición activa frente a sus emociones, sentimientos y conductas (García Higuera, 2007). Asimismo, y considerando la importancia que tiene la evaluación de la situación por parte del sujeto para

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

convertirse en una situación generadora de estrés, sería importante el trabajo en el desarrollo de la "autoeficacia", la mejora del autoconcepto y el reconocimiento de los recursos personales que el sujeto posee para hacer frente a las demandas ambientales.

La intervención desde la psicología en esta área, sería un aporte beneficioso para la mejora en la calidad de vida de los pacientes que presentan esta patología.

Referencias

- Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis* (2a. ed.). Wiley.
- Agresti, A. (2007). *An Introduction to Categorical Data Analysis* (2a ed.). Wiley.
- Andonegui Elguera, M. (2006). *Relevancia de la investigación en cáncer*. *Cancerología*, 1, 226-227. Documento descargado el 15 de Mayo de 2007 de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172290452.pdf>
- Cáncer de mama (2006). *Lo que la mujer debe saber sobre el cáncer femenino [Folleto]*. LALCEC, Sanguinetti, F. Cano Vindel, A; del Rosal, M; Tobal, J; Sirgo, A; Pérez Manga, G y García Gómez, R (2000). *Evaluación del estilo represivo de afrontamiento y su posible influencia sobre variables hematológicas en mujeres con cáncer de mama*. *Psicología*, 3 (2). Documento recuperado el 22 de mayo de 2007 de <http://www.Psiquiatría.com./revistapsicología.com>
- Caporale, B; Delgado, L; Galain, A; Varela, B; Viera, M y Schwartzmann, L. (2007). *Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama*. *Ciencia y enfermería*, 13 (2), 33-40. Documento recuperado el 03 de febrero de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532007000200005&script=sci_arttext&tlng=en
- Cardenal Hernaez, V. y Oñoro Carrascal, I. *Psicobiología, Neuropsicología y desórdenes emocionales. Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer*. Artículo presentado en el I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000.
- Carvalho, M. (2002). *Psycho-oncology: History, Characteristics and Challenge*. *Psicología USP*, 13 (1), 151-166. Documento descargado el 09 de Diciembre de 2008 de

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010365642002000100008&script=sci_abstract&tlng=pt

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1992). (12a ed.). Salvat.

Diccionario MOSBY de Medicina y Ciencias de la Salud (1995). Mosby- Doyma.

Dova, E; Bove, V. y Ortiz, M. (2004). *Psicooncología: experiencia de un Centro de Oncología y Hematología del Interior de la Provincia de Córdoba*. Revista Oncología Clínica, 9.

Ey, H. (1975). *Psychophysiology du sommeil et psychiatrie*. Paris: Masson.

Fernández Parra, A; Ferro García, R; Kohlenberg, R; Tsai, M; Valero Aguayo, L. y Virués Ortega, J. (2004). *Psicoterapia Analítica Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5 (2), 349-371. Documento descargado el 04 de febrero de 2009 de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-149.pdf

García Higuera, J. (2007). *La terapia de Aceptación y Compromiso: tercera generación de la terapia cognitivo conductual*. Documento descargado el 04 de febrero de 2009 de <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.htm>

Gaviria, A; Vinaccia, S; Riveros, M y Quiceno, J. (2007). *Calidad de Vida relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico*. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 20, 50-75. Documento descargado el 09 de Diciembre de 2008 de http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/20/3_Calidad%20de%20vida.pdf

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Godoy, V. y Moreno, J. (2002). *Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Adventista del Plata.

González de Rivera, J; Morera, A y Monterrey, A. (1989). *El índice de reactividad al Estrés como modulador del efecto "sucesos vitales" en la predisposición a la patología médica*. *Psiquis*, 10, 20-27.

Documento descargado el 09 de Diciembre de http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/89_A057_03.pdf

Gutiérrez, O; Luciano, C y Páez, M. (2007). *Tratamiento psicológico para el Afrontamiento del Cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de Aceptación y Control Cognitivo*. Documento recuperado el 03 de febrero de 2009 de <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/210/33975/?++interactivo>

Instituto Nacional del Cáncer. Descargado el 09 de Diciembre de 2008 de <http://www.cancer.gov>

Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

León, O. y Montero, I. (1997). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (3a ed.). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Llull, D; Zanier, J y García, F (2003). *Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer*. *PsicoUSF*, 8 (2). Documento descargado el 09 de Diciembre de 2008 de http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1413-82712003000200009&script=sci_arttext&tlng=es

Martín Ortiz, D; Sánchez Pérez, M y Sierra, J (2003). *Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón*. *Ter. Psicol*, 21(1), 29-37. Documento descargado el 09 de Diciembre de 2008 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=goo>

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

gle&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=389270&indexSearch=ID

Matos, E; Loria, D y Zengarini, N (2003). *Atlas de Mortalidad por cáncer en Argentina*. Instituto de Oncología A. H. Roffo. Bs. As. Fundación Bunge y Born.

Peña, D. (1997). *Introducción A La Estadística Para Las Ciencias Sociales*. McGraw-Hill.

Prieto Fernández, A. (2004). *Psicología Oncológica*. Revista profesional Española de terapia Cognitivo-Conductual 2, 107-120. Documento descargado el 10 de mayo de 2007 de [http:// www.aseteccs.com](http://www.aseteccs.com)

Puente Ferreras, A. (1998). *Cognición y Aprendizaje*. Pirámide. Madrid.

R, Development Core Team (2008). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL. Documento descargado el 12 de Diciembre de 2008 de <http://www.R-project.org>.

Urquidi Treviño, L y Montiel Carvajal, M (1998). *Factores de Riesgo Asociados a Cáncer Cervicouterino y de Mama*. Revista Sonorense de Psicología, 12 (1), 30-36. Documento descargado el 09 de Diciembre de 2008 de <http://estrescancer.files.wordpress.com/2008/06/afrentamiento-al-cancer.pdf>

Urquidi Treviño, L; Montiel Carvajal, M y Gálvez López, M. (1999). *Ajuste Psicosocial y Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Revista Sonorense de Psicología, 13 (1), 30-36. Documento descargado el 09 de Diciembre de 2008 de <http://estrescancer.files.wordpress.com/2008/06/afrentamiento-al-cancer.pdf>

Vásquez Samalvides, L. (2001). *Estilos de Afrontamiento en pacientes con Cáncer de Cuello Uterino en*

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

la ciudad de Arequipa. Documento descargado el 18 de mayo de 2007 de [http// www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

Anexo 1

Clasificación TNM

Tumor primario (T)

- TX: El tumor primario no puede ser evaluado
- T0: No hay prueba de tumor primario
- Tis: Carcinoma intraductal, carcinoma lobular *in situ* o enfermedad de Paget del pezón sin infiltración del tejido de mama normal.
- T1: Tumor no mayor de 2,0 cm. en su mayor dimensión
- T2: Tumor mayor de 2,0 cm. pero no mayor de 5,0 cm. en su mayor dimensión
- T3: Tumor mayor de 5,0 cm. en su mayor dimensión
- T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo, fueron extraídos previamente)
- N0: No hay metástasis regional de los ganglios linfáticos
- N1: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles.
- N2: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales fijos o emparejados.
- N3: Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsilateral(es) con implicación de ganglio linfático axilar o sin este, o en ganglio(s) mamario(s) interno(s) ipsilateral(es) clínicamente aparente (detectado por prueba de imágenes o mediante examen clínico) en la *presencia* de metástasis de ganglios linfáticos axilares clínicamente evidentes o metástasis en ganglio(s) linfático(s) supraclavicular(es) ipsilateral(es) con implicación de

ganglios linfáticos mamaros axilares o internos, o sin ella.

Metástasis a distancia (M)

- MX: No se puede evaluar la presencia de metástasis a distancia
- M0: No hay metástasis a distancia
- M1: Presencia de metástasis a distancia

Agrupación por estadios del AJCC

Estadio 0 (carcinoma in situ)

- Tis, N0, M0

Hay dos tipos de carcinoma de mama in situ:

Carcinoma ductal in situ (CDIS): afección precancerosa no invasora en la que se encuentran células anormales en el revestimiento del conducto de la mama, que no se han diseminado hasta otros tejidos de la mama. Algunas veces, el CDIS se puede volver cáncer invasor.

Carcinoma lobular in situ (CLIS): afección en la que se encuentran células anormales en los lóbulos de la mama. Muy raras veces esta afección se vuelve cáncer invasor; sin embargo, el padecer de carcinoma lobular in situ en una mama aumenta el riesgo de padecer de cáncer de mama en cualquier de las mamas.

Estadio I

- T1, N0, M0

En el estadio I, el tumor mide dos centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama.

Estadio II

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

- T0, N1, M0

No hay presencia de tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos debajo el brazo)

- T1, N1, M0

El tumor mide más dos centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

- T2, N0, M0

El tumor mide más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

- T2, N1, M0

El tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

- T3, N0, M0

El tumor mide más de cinco centímetros, pero no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

Estadio III

- T0, N2, M0

No se encuentra un tumor en el la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares.

- T1, N2, M0
- T2, N2, M0

El tumor mide cinco centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

- T3, N1, M0
- T3, N2, M0

El tumor mide más de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que pueden estar unidos entre sí o a otras estructuras.

- T4, N0, M0
- T4, N1, M0
- T4, N2, M0

En este estadio el cáncer puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado hasta los tejidos cerca de la mama (la piel o la pared del pecho, incluso las costillas y los músculos pectorales); o se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos dentro de la mama o debajo de los brazos.

- Cualquier T, N3, M0

En este estadio el tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello; o puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos dentro de la mama o de abajo de los brazos y hasta los tejidos cercanos a la mama.

Estadio IV

- Cualquier T, cualquier N, M1

En el estadio IV, el cáncer se ha diseminado hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Anexo 2

COPIA DEL MODELO DE SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO:

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

ACEPTACIÓN DE MI PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Estrategias de Afrontamiento al Estrés y Neuroticismo en pacientes con Cáncer de Mama”

A CARGO DE: Verónica Mare

Alumna de la Licenciatura en Psicología

EN:

La Universidad Empresarial Siglo 21.

Al firmar este consentimiento acepto participar en la investigación de manera voluntaria.

Se me informó que:

- En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de mi desempeño.

Firma:

Lugar y Fecha:

Anexo 3

Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Nombre:

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

Edad:

Número de Hijos:

Estudios realizados:

Profesión:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Anexo 4

Cuestionario de Historia Clínica

Estadio de la enfermedad:

Tiempo de diagnóstico en meses:

Tipo/s de tratamiento/s actual/es:

Cirugía:

Antecedentes de enfermedad crónica:

Anexo 5

El Ways of Coping Questionnaire

Este es un cuestionario que contiene preguntas acerca de cómo maneja los problemas importantes que le suceden en su vida.

Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación y rodee con un círculo, la categoría que exprese en qué medida actuó como describe cada uno de ellos.

	(0)	(1)	(2)	(3)
	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

16. Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la/s persona/s responsable/s del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3

Estrategias de Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer de mama

44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66. Hice Jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor, descríballo _____)	0	1	2	3

Anexo 6

**Cuestionarios completados por cuarenta mujeres con cáncer
de mama y cuarenta mujeres sanas**