

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

TESIS DOCTORAL:
**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
ANTE EL CÁNCER DE MAMA**

Programa de Doctorado: D295-02 Programa
Oficial de Postgrado. Evaluación e Intervenciones
Psicológicas.

Valencia 2015

Doctoranda:

María José Jorques Infante

Directores de tesis:

Prof. Dra. Dña. Elena Ibáñez Guerra

Prof. Dr. D. José F. Soriano Pastor

Prof. Dr. D. José Manuel González Infante

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Agradecimientos

Quisiera comenzar expresando mi agradecimiento a las personas que han hecho posible la realización de este trabajo:

A los directores de la tesis, Dra. Elena Ibáñez Guerra, Dr. José Soriano Pastor y Dr. José Manuel González Infante, por aceptar dirigir esta investigación y al estar siempre dispuestos a colaborar, supervisar y guiar este proyecto. Gracias por el tiempo que han dedicado y por las muestras de ánimo y motivación que me han dado a lo largo de todos estos años.

A la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO), tanto médicos, enfermeras y auxiliares, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible conseguir a los pacientes que han participado en esta investigación. Del mismo modo a los pacientes que han prestado su tiempo en este proyecto y han colaborado, para que se pueda mejorar la atención a otras personas en su misma situación.

Y por último a mis padres, sin los que hoy en día no sería lo que soy, en especial a mi padre que siempre me ha alentado y animado en este trabajo y ha sido mi inspiración para terminarlo. No quiero dejarme tampoco a esas dos personas que ya no están aquí, mis abuelos, en los que me he apoyado mentalmente en esos momentos de flaqueza.

A todos mi más sincera gratitud.

Maria José Jorques Infante

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Índice

Agradecimientos	3
Índice.....	5
Resumen	9
1. Introducción.....	13
1.1 El Estrés	18
1.1.1 Punto de partida.....	18
1.1.2 Repercusión psicofisiológica del estrés en la salud	23
1.1.3 Impacto estresante de la enfermedad	29
1.1.4 Acontecimientos vitales estresantes.....	32
1.2 El afrontamiento como refuerzo adaptativo ante el estrés	34
1.2.1 Afrontamiento del estrés: Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman.....	35
1.2.2 Afrontamiento de la enfermedad física	38
1.2.2.1 Modelo de Lipowski.....	39
1.2.2.2 Modelo de Moos y Schaefer	40
1.2.3 La percepción de control y el afrontamiento	42
1.2.4 Afrontamiento como “estilo” o como “proceso”	46
1.3 El estrés y la enfermedad oncológica.....	48
1.3.1 La Psico-neuro-endocrino-inmunología.....	49
1.3.1.1 Experimentación animal	51

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

1.3.1.2 Observaciones a los estudios	52
1.3.2 Impacto estresante del cáncer	54
1.4 El afrontamiento a la enfermedad oncológica.....	62
1.4.1 Factores psicosociales y afrontamiento al cáncer	62
1.4.2 Distinción entre afrontamiento y ajuste mental	64
1.5 Algunos modelos teóricos de afrontamiento del cáncer	67
1.5.1 Aportación teórica de Weisman (1979)	68
1.5.2 Teoría de la Adaptación Cognitiva de Taylor.....	69
1.5.3 Teoría del Ajuste Psicológico al Cáncer de Greer y cols. (1979, 1989)	70
1.5.3.1 Evolución de la investigación con el modelo de Greer y cols	74
1.5.3.2 Medidas de afrontamiento.....	77
1.6 Evidencia empírica sobre el afrontamiento y cáncer	80
1) ¿Qué estrategias de afrontamiento emplean con mayor frecuencia en los diferentes momentos de la enfermedad: Impacto del diagnóstico, tratamiento y seguimiento?	82
2) El empleo de estas estrategias de enfrentamiento, ¿es estable o varía a lo largo del proceso de enfermedad?	89
3) ¿Qué cuestionario de afrontamiento valoraría de mejor manera las estrategias puestas en marcha por los sujetos con cáncer?	92
1.7 Críticas a los estudios	93
2. Objetivos	97
3. Metodología	101

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

3.1 Descripción de la muestra	103
3.2 Instrumentos de medida.....	115
3.3 Procedimiento	124
4. Resultados	129
4.1 Consistencia interna o fiabilidad de los cuestionarios.....	131
4.2 Descriptivos de afrontamiento.....	138
4.3 Análisis de correlaciones.....	140
4.4 Análisis factorial	144
4.5 Diferencia de Medias	153
4.6 Análisis clúster	168
5. Discusión	179
6. Conclusiones.....	201
7. Limitaciones del estudio	207
8. Referencias	211
9. Anexos	257
Anexo 1. Datos sociodemográficos	259
Anexo 2. Instrumentos empleados en la evaluación	263

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Resumen

Introducción

A partir de los años 70, con la aparición de la Psicología de la Salud se abre un amplio ámbito de estudio abarcando el campo biopsicosocial (Engel, 1977), y se ofrecen nuevas aportaciones en el ámbito de la salud a algunos problemas médicos reducidos hasta entonces al aspecto puramente biológico. Se entiende así la enfermedad como el resultado de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, teniendo en cuenta la correspondencia entre el estilo de vida individual y el estilo de vida social aportando una comprensión integradora del proceso de enfermar. Son objeto de estudio las conductas de riesgo para determinadas enfermedades, o también los llamados hábitos de vida, los rasgos de personalidad que podían predisponer a padecer un determinado tipo de enfermedad, las formas de enfrentarse a las enfermedades o estrategias de afrontamiento y determinado tipo de situaciones o acontecimientos vitales que parecen jugar un papel determinante en la aparición y/o mantenimiento de ciertas enfermedades (Ibáñez, 1991).

Desde los años 70, un gran número de investigaciones se han centrado en demostrar cómo la presencia del estrés

precipita el desencadenante de trastornos tanto físicos como psíquicos. Son numerosas las situaciones estresantes que pueden acontecer en la vida de una persona poniendo a prueba los recursos personales de adaptación y recuperación del equilibrio previo. La aparición de toda enfermedad supone una amenaza para el bienestar físico y psicológico, incluso para la propia vida, especialmente cuando su desarrollo y consecuencias se complican. Son muchos los factores que influirán en la vivencia de este proceso, principalmente personales y externos como la gravedad o cronicidad de la enfermedad; ya que afectan al individuo tanto a nivel personal como en sus relaciones sociales y laborales.

Objetivos

Se plantea cómo objetivos principales el establecer relaciones entre un cuestionario propio de afrontamiento ante la enfermedad oncológica y otros cuestionarios y ver las diferencias en estrategias de afrontamiento en función de distintas variables sociodemográficas y clínicas recogidas.

Material y Método

Se evaluaron a 150 mujeres después de ser operadas de cáncer de mama en un plazo de una semana, a las cuales

se les había practicado una mastectomía o una cuadrectomía, las pacientes son del Instituto Valenciano de Oncología (IVO).

Tras confirmar que cumplían con los criterios de inclusión en el estudio, se les informó acerca de los objetivos del mismo y aceptación de participar. Se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos, y completaron el cuestionario MAC (Watson, Greer, et al. 1988), el Ways of Coping WCS (Susan Folkman & Richard S. Lazarus. 1984), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (Amirkhan, J.H. (1990), y el Inventario multidimensional de afrontamiento COPE (Carver, Scheier y Weintraub 1989).

Resultados

De un modo general, los diferentes análisis de datos realizados nos llevan a concluir que los distintos cuestionarios de afrontamiento general son buenos a la hora de evaluar estrategias de afrontamiento ante la enfermedad oncológica.

El cuestionario MAC mide más afrontamiento centrado en el problema que centrado en la emoción. Llevando a cabo el análisis factorial del mismo obtenemos que hay dos factores claramente distinguidos uno de Espíritu de Lucha y otro de Desamparo/Preocupación Ansiosa.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Del mismo modo obtenemos distintas diferencias de medias entre algunas de las variables sociodemográficas y clínicas recogidas.

Finalmente, mediante el análisis clúster comprobamos que existen dos grupos uno el grupo solucionador de problemas, que mantiene el uso de estrategias centradas en el problema y más bajo en las centradas en la emoción. Mientras que al otro grupo le ocurre lo contrario.

Introducción

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

1. INTRODUCCIÓN

A partir de los años 70, con la aparición de la Psicología de la Salud se abre un amplio ámbito de estudio abarcando el campo biopsicosocial (Engel, 1977), y se ofrecen nuevas aportaciones en el ámbito de la salud a algunos problemas médicos reducidos hasta entonces al aspecto puramente biológico. Se entiende así la enfermedad como el resultado de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, teniendo en cuenta la correspondencia entre el estilo de vida individual y el estilo de vida social aportando una comprensión integradora del proceso de enfermar. Son objeto de estudio las conductas de riesgo para determinadas enfermedades, o también los llamados hábitos de vida, los rasgos de personalidad que podían predisponer a padecer un determinado tipo de enfermedad, las formas de enfrentarse a las enfermedades o estrategias de afrontamiento y determinado tipo de situaciones o acontecimientos vitales que parecen jugar un papel determinante en la aparición y/o mantenimiento de ciertas enfermedades (Ibáñez, 1991).

Desde los años 70, un gran número de investigaciones se han centrado en demostrar cómo la presencia del estrés precipita el desencadenante de trastornos tanto físicos como psíquicos. Son numerosas las situaciones estresantes que

pueden acontecer en la vida de una persona poniendo a prueba los recursos personales de adaptación y recuperación del equilibrio previo. La aparición de toda enfermedad supone una amenaza para el bienestar físico y psicológico, incluso para la propia vida, especialmente cuando su desarrollo y consecuencias se complican. Son muchos los factores que influirán en la vivencia de este proceso, principalmente personales y externos como la gravedad o cronicidad de la enfermedad; ya que afectan al individuo tanto a nivel personal como en sus relaciones sociales y laborales.

Dado que todas las personas no reaccionamos igual ante la enfermedad, según sean las características personales y ambientales, numerosos estudios apuntaron a la identificación de factores que actúan como moduladores de los efectos adversos del estrés: el apoyo social, variables demográficas, la realización de conductas saludables, variables psicosociales y la adopción de distintas estrategias de afrontamiento que propicien un mejor ajuste a la enfermedad e incluso un mejor pronóstico.

Ciertos factores personales van a permitir aproximarnos al nivel de compromiso de la persona con el cuidado de su salud, en cuanto a la adopción de conductas preventivas o cambio de conductas perjudiciales, a la adherencia al tratamiento y manejo de los síntomas de la enfermedad, y el

afrontamiento de la misma. Tanto el afrontamiento eficaz como la percepción de control va a proporcionar a la persona menor vulnerabilidad ante la enfermedad, mejor adaptación y un estado psicológico más equilibrado (Bandura, 1997). Cuando esto no ocurre de esta manera estaríamos hablando de estrés, aunque este no siempre debemos entenderlo de manera negativa, ya que ciertos niveles de estrés pueden llegar a ser adaptativos a la hora de enfrentarse ante situaciones amenazantes, como puede ser el diagnóstico de cáncer, ya que el paciente siente mayor control sobre su enfermedad y posterior tratamiento.

Haremos una selección de las teorías del estrés que han repercutido en la explicación teórica de la enfermedad en general y de su afrontamiento, concretando después la relación entre el estrés y la enfermedad oncológica, con el fin de contextualizar el trabajo de partida y dar paso a una profundización de los modelos principales de afrontamiento al cáncer. Teniendo en cuenta el amplio número de investigaciones existentes sobre estrés y afrontamiento, esta selección muestra un número limitado de conceptos y teorías, ya que un tratamiento más exhaustivo de la investigación nos sería de una extensión imposible de abarcar.

1.1 EL ESTRÉS

1.1.1 Punto de partida

La experiencia de estrés es un fenómeno universal que está presente en el ser humano desde que nace, siendo incluso necesario para su maduración y desarrollo en cualquier etapa de la vida. El desarrollo de las habilidades necesarias para superar situaciones de estrés, mejorará la forma de afrontar los cambios que acontezcan y permitirán al individuo una mejor adaptación en sucesos posteriores, con mayor sensación de control y satisfacción personal.

Estamos acostumbrados a utilizar la palabra estrés en nuestro día a día; sin embargo la forma de definirlo no es tan fácil debido a su significado diverso en las distintas personas. También en el ámbito científico se ha manejado también en ocasiones este término con poco rigor, produciendo confusión y ambigüedad, lo cual ha llevado a la necesidad de una definición sistemática que delimite y aclare su extensión.

El concepto de estrés fue empleado a partir del siglo XIV para referirse a experiencias negativas. Sin embargo, a partir del S.XVIII, por influencia de Hooke, el concepto de estrés comenzó a asociarse a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión (strain), etc. Hooke lo aplicó a estructuras

fabricadas por el ser humano, que tienen que aguantar el efecto de fuerzas diversas. A partir de aquí los ingenieros y físicos comenzaron a emplear tres conceptos relacionados con las características de los cuerpos sólidos: Carga (load), Distorsión (strain) y Estrés (stress).

Carga haría referencia al peso ejercido sobre una estructura mediante una fuerza externa. Estrés es la fuerza interna presente en un área sobre la que actúa una fuerza externa. Distorsión (strain) era la deformación en tamaño o forma de la estructura respecto a su estado general, debido a la acción conjunta de la carga y el estrés. De esta manera, desde el punto de vista físico el estrés ha sido definido como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Los tres conceptos, carga, estrés y distorsión fueron adoptados por la fisiología, psicología y sociología e influyeron en el desarrollo de las teorías sobre el estrés. El término carga derivó al término de estresor para hacer alusión al estímulo de inductor de estrés. El término de estrés se usa cuando nos referimos al estímulo, objetivamente mensurable, y el de strain o distorsión para indicar la respuesta individual al estresor, en el que llevamos a cabo una valoración (appraisal) y afrontamiento (coping) del acontecimiento estresante, que en nuestro caso será la enfermedad oncológica.

A partir de este marco de referencia general, el concepto de estrés va a aplicarse de forma diferente según el sesgo del científico. Los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuestas, las orientaciones psicológicas y psicosociales, al poner más énfasis en la situación estimular, han asumido una tendencia a entender el estrés como un fenómeno externo, localizado en el estímulo. Nos encontramos, por tanto ante dos perspectivas, las que enfatizan el componente externo (estresor) y las que enfatizan el componente de respuesta fisiológica. Pero pronto, se propuso un nuevo componente, los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos) que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas de estrés. Estas tres orientaciones, es decir, estrés centrado en la respuesta (Selye, 1956), en el estímulo (Colmes y Rahe, 1967) y en la interacción (Lazarus, 1966), marcarán el desarrollo de la teoría del estrés y de su aplicación al campo psicopatológico, y cada una de ellas clarificará el concepto de estrés. De todo esto, lo que podemos deducir es que el estrés es un fenómeno complejo, que implicaría tanto estímulos, como respuestas, como procesos psicológicos diversos que median entre ambos.

También debemos hacer una diferenciación entre el término de estrés o distrés. Selye utilizó el término distrés para referirse al “estrés perjudicial o no placentero”, expresado de esta forma haría referencia a un estado de ansiedad, miedo,

preocupación o agitación, por eso los conceptos de estrés y distrés no deben ser intercambiables, ya que como hemos mencionado anteriormente ciertos niveles de estrés son adaptativos.

En nuestra investigación nos centraremos en el modelo de estrés entendido como una transacción entre el individuo y su ambiente, o la situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona lleva a cabo. Basándose en la idea de interacción, Lazarus y Folkman (1984) resaltan el juicio cognitivo del individuo al evaluar los recursos de los que dispone en relación a las demandas de la situación. Aquí influye la percepción del individuo de la situación según su experiencia previa y sus habilidades para hacer frente, en función de las cuales vivirá la situación con mayor o menor estrés según exceda o no sus recursos viendo amenazado su bienestar personal. Para estos autores el estrés es el resultado de la transacción entre la persona y el ambiente, donde influyen entre otros factores, la personalidad, la historia previa y la perspectiva de vida del sujeto (Lazarus y Folkman, 1987; Lazarus 1990).

Se trata por tanto de un proceso psicobiológico complejo con tres componentes principales:

- ✓ Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento potencialmente perjudicial o amenazante

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- ✓ Interpretación del acontecimiento como peligroso, perjudicial o amenazante
- ✓ Activación del organismo como respuesta ante la amenaza normalmente con ansiedad.

Se produce una alteración del organismo bien sea por las características del estresor entre sí o por la percepción de la persona. Esta situación exige el esfuerzo del individuo para poner en marcha sus recursos de afrontamiento, biológicos, psicológicos y sociales.

A las variables propias de la situación estimular, intensidad, cronicidad y posibilidad de control entre otras, comunes a todo agente estresor como mediadoras del efecto potenciador de estrés, hay que sumar también las variables correspondientes al propio sujeto como son la experiencia previa, su personalidad, la capacidad de afrontamiento, etc.

Resumiendo, el estrés implica un proceso de esfuerzo por el cual el organismo intenta mantener el equilibrio psicobiológico (homeostasis) en circunstancias determinadas de amenaza. Ante la situación de estrés se producen una serie de respuestas a tres niveles: fisiológico (respuestas neuroendocrinas y del sistema nervioso), psicológico (respuestas emocionales) y conductuales, donde se localizan las estrategias de afrontamiento o coping.

1.1.2 Repercusión psicofisiológica del estrés en la salud

A la luz del apartado anterior, aplicándolo al estrés que produce la aparición una enfermedad amenazante para la vida o bien considerándolo como posible factor etiológico de la misma, entre otros muchos, vemos que puede ejercer su influencia de dos modos principales: alterando el funcionamiento biológico del organismo o repercutiendo en las conductas de la persona.

El estrés podría considerarse en sí mismo como una señal adaptativa para desencadenar en el organismo una respuesta inmediata, sin embargo cuando excede su capacidad puede provocar la aparición de consecuencias negativas sobre el funcionamiento fisiológico. Sin conocer aún como exactitud los mecanismos biológicos a través de los cuales actúa la experiencia subjetiva del estrés en la aparición de la enfermedad, sí parece que su acción puede ser directa o indirecta. La actuación del estrés en la enfermedad es directa al inervar la rama simpática del sistema nervioso autónomo, de la médula y de las glándulas suprarrenales, favoreciendo el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión o arterioesclerosis; y se considera su acción indirecta al disminuir la actividad del sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad a la aparición de enfermedades como el cáncer (Blanco y Navia 1986)

Diversos autores (Everly, 1989; Labrador, 1992; Kertesz y Kerman, 1985) reconocen tres ejes de actuación fisiológica que se activan en el organismo sometido a estrés. Aunque los tratemos por separado, lo más probable es que en la práctica se den superposiciones entre los distintos mecanismos. El primero se desarrolla en cuestión de segundos, como reacción inmediata al estímulo estresor. Los otros dos son más lentos, pero de efectos más duraderos. Siguiendo este orden de activación, los tres ejes que intervienen en las respuestas de estrés son:

- Eje neural.: Para llegar a comprender el funcionamiento de la activación orgánica, es necesario recordar las consideraciones anteriormente expuestas sobre el sistema nervioso.

El eje neural es el primero que actúa ante una circunstancia de estrés. Cuando el cerebro percibe o experimenta una situación estresante, este eje se “dispara” automáticamente y “despierta” al sistema nervioso simpático, que es el encargado de *“activar la mayor parte de nuestro organismo de cara a una acción inmediata e intensa”* (Labrador, 1992)

El cerebro transmite la respuesta de estrés a través de la vía hormonal. Para ello, utiliza las conexiones que existen entre el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas

periféricas. Una vez iniciado el proceso, y en apenas unos segundos, los neurotransmisores desencadenan una serie de reacciones hormonales múltiples y sucesivas que colocan al organismo en estado de alerta máxima.

En esta fase fisiológica, desempeñan un papel fundamental los glucocorticoides.

- Eje neuroendocrino: Para que el eje neuroendocrino se active deben darse unas condiciones de estrés más continuadas. Algunos autores (Labrador y Crespo, 1993), lo consideran un eje fundamental para la supervivencia, ya que prepara al organismo para una intensa actividad corporal con la que poder afrontar cualquier amenaza externa.

En esta fase, el sujeto responde “haciendo frente” o “huyendo” de la amenaza, como ya advirtiera Cannon en 1929. Pero lo verdaderamente importante es que ambas opciones conllevan la puesta en marcha de “conductas motoras de afrontamiento” ante las demandas del ambiente externo.

En este sistema intervienen tanto el sistema autónomo simpático como parte del sistema endocrino, principalmente la médula adrenal. Los neurotransmisores llegan así hasta la médula de las glándulas suprarrenales, activándolas para que secreten catecolaminas (Adrenalina y Noradrenalina)

En cuanto al papel que desempeñan estas hormonas, se ha relacionado la Noradrenalina con la atención y la acción conductual (Kelly, 1980; cit. por Valdés y de Flores, 1990), mientras que se ha considerado que la Adrenalina es el *indicador bioquímico de la actividad emocional* (Valdés y de Flores, 1990)

La activación alcanzada produce efectos similares a los obtenidos por la rama simpática: aumento de la presión arterial y del rendimiento cardíaco, mayor flujo de sangre hacia los músculos, mayor tensión muscular... diferenciándose del eje neural en que es un proceso más lento -necesita al menos de unos veinte a treinta segundos- y de efectos unas diez veces más duraderos (Kertesz y Kerman, 1985)

- Eje endocrino: Para que se active este tercer eje es necesario que la situación de estrés sea aún más dilatada en el tiempo que en los dos ejes anteriores. En el eje endocrino, el proceso de activación es bastante más lento y de efectos más prolongados que en los ejes neural y neuroendocrino. Periodos continuados bajo los efectos de la activación del eje endocrino, están muy relacionados con fases en las que el individuo siente depresión, indefensión, pasividad, percepción de no control, inmunosupresión y sintomatología gastrointestinal. Las alteraciones de este eje y sus consecuencias en el sistema inmunológico se han asociado con la enfermedad oncológica

Labrador y Crespo (1993) distinguen cuatro sub-ejes en la activación endocrina, aunque para estos autores el más relevante es el eje hipofisario-adrenal. Éste es el responsable final de la liberación de glucocorticoides y mineralocorticoides, hormonas que facilitan la retención de sal por los riñones, la retención de líquido y el incremento de la tensión arterial.

Durante muchos años, se creyó que el mecanismo fisiológico que se desencadena durante el estrés se circunscribía al modelo establecido por Selye (1956) en el funcionamiento del Síndrome General de Adaptación (S.G.A.) Según el esquema del S.G.A., la “activación fisiológica” era entendida como una respuesta genérica e inespecífica ante cualquier estresor.

Everly (1989) ha demostrado que existen mecanismos neurales y endocrinos específicos en la respuesta de estrés. Por su parte, Labrador (1992) reconoce la especificidad de algunas respuestas en las que juegan un papel fundamental las diferentes situaciones y el modo en que estas son percibidas y procesadas por las personas.

Pero la respuesta psicofisiológica y los órganos que intervienen, se activan dependiendo del tipo de estresor y de la valoración que hace la persona de la situación, cuanto más tarde en dar una respuesta y más se mantenga la situación de

estrés más posibilidades hay de repercutir negativamente sobre el organismo.

Actualmente, la experimentación clínica y la epidemiología destacan la asociación entre la falta de respuesta adecuada al estrés, la inmunodepresión y el papel de los factores psicológicos (determinados estados emocionales como y afectivos como la depresión y la ansiedad) concomitantes a la aparición del sistema inmune como alergias o cáncer (Glaser y col., 1986). Esta asociación coincide con los estudios sobre la conexión entre el sistema nervioso central para dar respuesta adaptativa adecuada a la situación y a la reacción inmunológica del organismo. La influencia de los factores psicosociales ante eventos estresantes ha sido observada también en el marco de diversas patologías y alteraciones fisiológicas como la tensión arterial, el ritmo cardíaco, asma y afecciones gastrointestinales, entre otras lo cual indica que los trastornos y las enfermedades poseen a la vez un componente diferencial biológico y otro psicológico, siendo este último generador de alteraciones susceptibles a la enfermedad (Plaut y Friedman, 1990; Cohen, 1995).

Cohen y Herbert (1996) revisaron el rol de los factores psicológicos en la enfermedad física desde la perspectiva psiconueroimmunológica; señalando que factores como el estrés, el afecto negativo, la depresión clínica, la falta de apoyo social y la represión/negación, pueden afectar la actividad

celular del sistema inmune. Encuentran mayor evidencia a favor de la asociación entre el afecto negativo y el estrés con la aparición y desarrollo de enfermedades infecciosas menores como los herpes, el resfriado o la gripe; y menor consistencia en aquellos otros que relacionan el efecto del estrés, la depresión y la represión/negación con el inicio o progreso de enfermedades autoinmunes, VIH, cáncer, etc., probablemente debido a las limitaciones metodológicas que conlleva el estudio de enfermedades tan complejas.

Por otro lado el estrés también puede alterar el estilo de vida manteniendo o provocando conductas no saludables que pueden predisponer a la enfermedad, se trataría de comportamientos para afrontar el estrés con eficacia a corto plazo, como el consumo de alcohol, drogas, alteración del sueño o la dieta, entre otras, pero nocivas a largo plazo. Estas conductas pueden afectar también a las variables ambientales, como los acontecimientos vitales y el apoyo social, y en variables personales, como la personalidad o las emociones, afectando también indirectamente también al organismo.

1.1.3 Impacto estresante de la enfermedad

Una de las situaciones que provocan un gran impacto estresante es el momento de diagnóstico, con la detección de

una enfermedad que suponga una amenaza clara para la integridad y la vida de la persona como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares, con mayores tasas de mortalidad en nuestra sociedad. En este caso podemos aplicar el marco general de estrés y su adaptación por la similitud de procesos psicológicos que se desencadenan en el paciente.

Observamos que la experiencia del estrés implica un conjunto de variables del individuo que van a influir en su percepción y afrontamiento de la situación. Esto explica el carácter diferencial de las reacciones de los individuos, donde ante un mismo evento estresante, vemos como para unos puede llegar a causar enfermedades y en otros aumentar su vigor y destreza. Entramos por tanto en el terreno de las diferencias individuales donde el campo de la personalidad ha recibido especial atención, concretamente en su interrelación con el estrés y el desarrollo de la enfermedad (Friedman, 1990). Las variables de personalidad pueden intervenir como antecedente o predisponerte al estrés, en la respuesta al mismo, influir a través de otras variables como los hábitos de conducta o en la manera de hacerle frente.

Marcados por la tradición psicosomática, se desarrollaron numerosos estudios con el fin de determinar las variables específicas de personalidad correspondiente a cada enfermedad, a través de los llamados rasgos, patrones de conducta y estilos de vida. Eysenck (1985) señala dos tipos de

reacción al estrés: perjudiciales para la salud o protectores. En el primer grupo se incluirán variables psicológicas favorecedoras de la enfermedad como la reactividad al estrés, la conducta tipo A, hostilidad, cinismo, antagonismo, alexitimia, conducta tipo C o el estilo represor, entre otras; y en el segundo grupo entrarían aquellas variables consideradas protectoras de la salud como el optimismo, el sentido del humor, la motivación de la sociabilidad y la autoestima, entre otras (Kobassa, Maddi y Khan, 1982; Kobasa y Puccetti 1983; Rossembaum, 1990).

Friedman y Rosenman (1974) consideraron determinadas variables de personalidad moduladoras del estilo de percibir y enfrentarse a la situación, señalando la existencia del Patrón de conducta tipo A, caracterizado por un comportamiento hostil, competitivo e impaciente, asociado al padecimiento de enfermedades cardiovasculares, y de características opuestas al patrón de conducta tipo B. Desde un punto de vista distinto a los anteriores, Kobasa, Maddi y Zola (1983) describen el denominado el denominado estilo de personalidad resistente al estrés o firmeza que modera la relación entre el estrés y la enfermedad, caracterizado por el compromiso, el desafío y el control; y cuyo efecto ayuda a preservar la salud y moderar los efectos de debilitadores del acontecimiento estresante. Del mismo modo, se asociaron determinados factores psicosociales y estilos de afrontamiento

incluidos en el llamada Patrón de conducta Tipo C (Temoshok, 1987), con riesgo de padecer cáncer o a su influencia en el desarrollo y consecuencias de la enfermedad oncológica.

1.1.4 Acontecimientos vitales estresantes

El estrés puede proceder de distintas fuentes según diferentes sistemas: personales (por ejemplo la enfermedad), familiares (como el nacimiento de un hijo), y sociales (el ambiente físico, el trabajo, etc.). También pueden distinguirse dos niveles de estresares psicosociales que pueden estar presentes en las fuentes anteriores:

- ✓ Acontecimientos vitales mayores: acuden a menudo de forma súbita y requieren un reajuste en el estilo de vida. Pueden hallarse fuera del control del individuo (catástrofes naturales, muerte de un ser querido, despido laboral, enfermedad grave, etc.) o bien fuertemente influidos por él (divorcio, dar a luz, etc.)
- ✓ Acontecimientos menores (estrés diario): son aquellos de menor impacto pero mucho más frecuentes y próximos temporalmente al individuo, como las dificultades en las relaciones profesionales o sociales, insatisfacción conyugal, etc. y los problemas cotidianos.

La repetición frecuente durante largos períodos de tiempo y experimentados inconscientemente por el sujeto, tienen un potencial patógeno, mayor incluso que los acontecimientos dramáticos ocasionales, para los que pueden desarrollarse más fácilmente estrategias de afrontamiento. Estas contrariedades cotidianas son mejores predictores del estrés psicológico y de los síntomas somáticos que los sucesos vitales mayores, ya que pueden trastornar las relaciones sociales así como los hábitos de vida.

Holmes y Rahe (1967) estudiaron la incidencia de los acontecimientos vitales sobre la salud, encontrando que a mayor puntuación en la escala en la que diseñaron, mayor propensión a la enfermedad. El sentimiento de falta de control sobre la situación aumenta la vulnerabilidad frente al estrés, llegando incluso, bajo condiciones de incontrolabilidad, al sentimiento de indefensión descrito por Seligman (1975). Tanto las expectativas como los recursos personales para hacer frente a la situación, afectan la forma de respuesta al estrés. La investigación en factores psicosociales en general sugiere que las personas sometidas a situaciones de estrés son más proclives a caer enfermas que aquellas que no lo están (Kobasa, 1979).

1.2 EL AFRONTAMIENTO COMO ESFUERZO ADAPTATIVO ANTE EL ESTRÉS

A lo largo de las últimas décadas se han desarrollado múltiples estudios sobre la influencia del estrés en la salud; pero es tan importante la naturaleza del estresor como la forma en que el individuo afronta los acontecimientos estresantes. Ante una situación amenazante es frecuente la aparición de diversas formas de actuar, de modo diverso según la capacidad de la persona para hacer frente. A estas acciones conductuales, cognitivas o emocionales, se les ha llamado *estrategias de afrontamiento*, y su finalidad es la recuperación del equilibrio perdido en la transacción con el entorno.

El sujeto percibe el desajuste en la interacción con el medio cuando valora la situación como amenazante de su bienestar físico y psicológico y siente una falta de recursos para hacerle frente, o no emplea adecuadamente aquellos disponibles. Estas estrategias están en continuo cambio para manejar demandas externas e internas, dependiendo del grado de amenaza del contexto y de los recursos de la persona.

1.2.1 Afrontamiento del estrés: Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman

Muchos estudios sobre el afrontamiento se han basado en el marco teórico desarrollado por Lazarus y Folkman (1984) sobre el estrés, donde el afrontamiento es un factor mediador entre el estresor y la adaptación física y psíquica del individuo, dentro de un modelo procesual. Una vez valorada la situación como amenazante por exceder sus recursos o desafiante (por valorarlos), el individuo realiza una serie de acciones para manejar las demandas internas o externas con el fin de reducir o evitar el incremento del estrés y poder así recuperar el equilibrio previo (Lazarus, 1993), estaríamos hablando de afrontamiento como mediador de la emoción.

Estas acciones o estrategias de afrontamiento, suponen un proceso dinámico por el cual la persona intenta manejar la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de los que dispone; valorando y poniendo en marcha una serie de acciones que no necesariamente están destinadas a resolver el problema, sino a reevaluar la situación, aceptarla, o escapar de ella. Se trata por tanto de un proceso intencional flexible, y no de una reacción defensiva ante el estresor (Bermúdez, 1996) independientemente de los resultados que obtenga.

Es un hecho constatable que no todos los individuos reaccionan igual ante un mismo estresor, lo cual lleva a pensar en la existencia de procesos mediadores o moduladores del impacto de la situación y la forma de responder ante ella. La valoración de la situación amenazante que la persona haga, influirá en el tipo de afrontamiento que pondrá en marcha posteriormente. Esta evaluación primaria puede ser de dos tipos: irrelevante, positiva o estresante, en el caso de percibir pérdida, amenaza o desafío; seguidamente se produce un segundo proceso cognitivo para valorar la disponibilidad de los recursos y habilidades necesarias para hacer frente a las demandas de la situación (Lazarus y Folkman, 1984). Si la persona cuenta con los recursos necesarios para resolver la situación, reducirá la sensación aversiva, aumentando así sus expectativas para solucionarla e incluso adquiriendo carácter de desafío, e influyendo por tanto en la valoración primaria.

Este proceso de valoración tiene por finalidad el cambio de la situación o la variación en la forma de percibirla junto con otros factores externos que pueden estar influyendo, para conseguir un mayor ajuste a la situación de forma adaptativa y realista. De este modo el sujeto emprenderá determinadas acciones o estrategias asociadas a la posibilidad de modificar la situación, enfocadas bien a la emoción o bien al problema, pudiendo alternarse a lo largo del proceso de interacción entre la persona y la situación estresante:

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- ✓ Afrontamiento centrado en el problema: La finalidad es poner en marcha acciones que permitan la resolución del problema o encontrar recursos para ello; normalmente cuando la persona siente que tiene cierto control sobre la situación, sobre la cual puede ejercer un cambio.
- ✓ Afrontamiento centrado en la emoción: Está dirigido a controlar la repercusión emocional provocada por la situación estresante; para ello la persona desarrolla diferentes acciones: comportamentales, distractoras, sociales, o cognitivas como la reestructuración de la situación estresante o la negación de la misma. Con el fin de modificar la interpretación de la emociones, seleccionando aspectos a los que prestar más atención o bien alterando su significado. Este tipo de afrontamiento aparece cuando la persona se siente sin control sobre la situación amenazante.

El empleo de algunas de estas estrategias puede depender más del contexto, variando a través del tiempo y de las situaciones, como puede ser la búsqueda de apoyo social (PROBLEMA Y EMOCIÓN) o la resolución de problemas. Otras sin embargo parecen tener mayor estabilidad como el autocontrol o la reevaluación positiva, por lo que se las asociado a determinados rasgos de personalidad. Algunos autores señalan también posibles diferencias se sexo en el

empleo de un tipo de estrategias u otro; Endler y Parker (1990) encontraron que los hombres tendían a focalizarse más en el problema de afrontar la situación estresante, mientras que las mujeres se centraban principalmente en la emoción.

Esta idea de que el estilo de la personalidad va a afectar igualmente la forma de afrontar el estrés también fue señalado por Kobasa y Cols (1982), quienes definieron el término de firmeza como aquel estilo caracterizado por el compromiso en la acción, el control o el manejo de la propia vida y la vivencia del cambio como reto, dando como resultado un buen afrontamiento del estrés. Esta asociación es denominada por Greer, Morris y Pettingale (1979) como *espíritu de lucha* en el marco de la enfermedad oncológica. Para Lazarus y Folkman el afrontamiento es una respuesta cuyas funciones son solucionar el problema, bien cambiar el ambiente o bien la propia actuación sobre el sí mismo, y actuar sobre las respuestas emocionales y físicas con objeto de recuperar el bienestar.

1.2.2 Afrontamiento de la enfermedad física

A continuación desarrollaremos dos modelos de la enfermedad física, que recogen las aportaciones principales de afrontamiento del estrés, y añaden otras variables específicas

de la enfermedad como situación estresante. Señalaremos estas aportaciones en el terreno de la enfermedad para profundizar después en los modelos que se han desarrollado específicamente respecto a la enfermedad oncológica donde, como veremos hay muchas semejanzas.

1.2.2.1 Modelo de Lipowski (1970)

Tomaremos como punto de partida la definición de afrontamiento de este autor por centrarlo específicamente en la enfermedad y recoger las aportaciones generales de Lazarus y Folkman. Para Lipowski el afrontamiento son “todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible” (Lipowski, 1970). Ante el estrés psicológico que provoca la enfermedad física, la persona tendrá que realizar un esfuerzo de adaptación, que si es efectivo conseguirá el crecimiento emocional y personal, pero si fracasa aumentará el nivel de malestar y distrés psicológico.

Para Lipowski el afrontamiento de la enfermedad está condicionado a las variables de las mismas (tipo, localización, grado de reversibilidad, evolución, etc.), factores

interpersonales (edad, personalidad, valores, creencias, fuentes de gratificación, etc.) que van a determinar el significado que el paciente atribuye a la enfermedad influido también por la cultura a la que pertenece, y factores ambientales principalmente de tipo social. Lipowski define dos tipos de afrontamiento constituidos por diferentes estrategias: estilo de afrontamiento cognitivo (minimización y vigilancia) y estilo de afrontamiento conductual (aproximación, capitulación y evitación). Las estrategias asociadas a un mejor resultado serán las vinculadas a la percepción de la enfermedad como un reto o valor, y peor resultado a la percepción de daño o pérdida.

1.2.2.2 Modelo de Moos y Schaeffer (1984)

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

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Las tareas de adaptación descritas son las siguientes:

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

Según su función los autores dividen las estrategias de afrontamiento en tres grupos: dirigido a la evaluación, con el fin de dar sentido a la crisis (análisis lógico y preparación mental, redefinición cognitiva y evitación cognitiva o negación), dirigido al problema (búsqueda de información y apoyo, acción para solucionar el problema, identificación de recompensas alternativas) y dirigidas a la emoción (regulación afectiva, descarga emocional y aceptación resignada). Como observamos, las dos últimas categorías corresponden por las descritas por Lazarus y Folkman.

1.2.3 La percepción de control y el afrontamiento

Buena parte del sentido personal de identidad se adquiere a través de las experiencias vividas a lo largo del desarrollo, en la cual la persona ha ido construyendo su mapa del mundo con el fin de comprender e interpretar la realidad, darle un sentido práctico y trascendente, y vivir en función de determinadas actitudes y valores. Cuando aparece la enfermedad estos esquemas de vida se ponen en cuestión, ante la amenaza de la pérdida de integridad psíquica y física, incluso de su propia muerte. Esto provoca una revisión de las creencias vitales, existenciales y espirituales, sobre el sentido de la propia vida.

La idea de percepción de control ha sido formulada en varios paradigmas teóricos generales; entre los principales están la teoría del aprendizaje social de Rotter (1966), la indefensión aprendida de Seligman (1975) y la teoría del aprendizaje social cognitivo de Bandura (1977), llegando a otras formulaciones en relación con las teorías psicosociales sobre afrontamiento de acontecimientos vitales traumáticos, como el modelo de adaptación cognitivo de Taylor (1983). Este modelo postula que para conseguir mejor ajuste psicológico, la persona tiene que encontrar un sentido al acontecimiento traumática, reestablecer el autocontrol o dominio sobre la situación y la autoestima dañada por el sí mismo.

En la base de diversas aportaciones teóricas encontramos la idea de que ciertas variables de personalidad influyen en la percepción de la realidad, en el modo de actuar y en la construcción histórica que va haciendo la persona de sí mismo. Antonovsky señala cuatro constructores de personalidad acerca de las creencias de uno mismo y sobre el mundo, que afectan al modo de afrontamiento del estrés y el cuidado de la salud: el locus de control de Rotter (1966), la percepción de autoeficacia de Bandura (1977), la personalidad resistente de Kobasa (1979) y el sentido de la coherencia desarrollado por el mismo Antonovsky (1991). De acuerdo con Bandura (1997) la percepción de autoeficacia va influir sobre la salud en la forma de afrontamiento que ponga el sujeto en marcha ante la situación de estrés y en el desarrollo de conductas saludables (O'Leary, 1985). La percepción de autoeficacia actúa así sobre los procesos de autorregulación interna, reduciendo el nivel de estrés percibido y por tanto la intensidad de la respuesta fisiológica, y activando las estrategias de afrontamiento centradas en resolver el problema y en lograr un ajuste emocional adecuado. Todo ello hace que se valore la situación de estrés de forma más positiva y se perciba uno a sí mismo con más recursos y posibilidades de afrontar la amenaza.

La percepción de control actúa tanto en la evaluación primaria como en la secundaria según el significado que se le atribuye al estresor, de modo que cuanto mayor sea el control

percibido más posibilidades habrá de interpretar positivamente la situación. Para Folkman, este esfuerzo cognitivo puede ser considerado como una estrategia de afrontamiento generalizada en si misma (Folkman, 1984). Por otro lado, si el afrontamiento resulta efectivo, todos los procesos anteriores se verán reforzados y tendrán más posibilidades de aparición en situaciones futuras; en el caso contrario se debilitará si no se llega a una resolución positiva o adaptativa. La sensación personal de control sobre los acontecimientos ha sido asociada con la obtención de resultados positivos, mejora en el bienestar emocional y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación estresante; mientras que el sentimiento de indefensión y bajo control, se ha relacionado con los resultados negativos como la aparición del cáncer y un peor pronóstico (Thompson y Collins, 1995). Estos últimos autores señalan la importancia de la creencia de percepción de control sobre las reacciones emocionales y los síntomas físicos diarios, más que sobre el curso de la enfermedad (Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky y col., 1993)

Desde la década de los 80, numerosos estudios han mostrado especial interés en la influencia de las creencias de control de los individuos ante situaciones aversivas como las enfermedades crónicas o graves, que supongan una amenaza para su supervivencia. En el caso del cáncer, las demandas cambiantes del estrés asociado a la enfermedad en cada una

de las etapas van a proporcionar al sujeto distintas oportunidades para desarrollar una evaluación cognitiva del control y afrontamiento de la enfermedad específicos. Las teorías explicativas que el paciente elabora respecto a las causas y posible evolución futura van a ser determinantes en afrontamiento y ajuste a la enfermedad (Taylor, 1983). Taylor, Helgeson, Reed y Skokan (1991) estudian los sentimientos de control y ajuste en pacientes con enfermedades cardiovasculares, cáncer y VIH, encontrando que la creencia de control personal es el modo más adaptativo al disminuir la aparición de ansiedad y depresión, aún en presencia de afectividad negativa.

Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifield y col. (1987) observaron una muestra de 92 pacientes con artritis reumatoide, que la percepción de mayor control personal sobre el propio cuidado y sobre el tratamiento se asociaba con humor positivo y mejor ajuste psicosocial, mientras que el afecto era negativo cuando mantenían la creencia de que sus síntomas dependían de factores externos sobre los que tenían poco control. En general aparecían más problemas emocionales y peor ajuste cuando el control personal se centraba en el curso de la enfermedad que cuando se trataba de control de síntomas. Smith y Wallston (1992) estudiaron la adaptación de 239 pacientes con esta misma enfermedad aplicando el modelo de evaluación de Lazarus y Folkman, los resultados mostraron la

existencia de un círculo vicioso entre la evaluación de la situación desde la impotencia, el afrontamiento pasivo de dolor, y las dificultades psicosociales, promotoras de una mala adaptación a la enfermedad.

Por lo que podemos concluir, cómo a mayor percepción de control personal el nivel de estrés percibido es menor ante situaciones de amenaza, al estimar que el sujeto dispone de las herramientas necesarias para hacerle frente, o, si no, la capacidad para conseguirlos. Esta creencia por tanto mueve un actitud protectora y beneficiosa ante situaciones de estrés, como ante un proceso de enfermedad, haciendo que el individuo tenga una visión más competente de sí mismo y con mayores posibilidades de una buena adaptación.

1.2.4 Afrontamiento como “estilo” o como “proceso”

Es importante que añadamos esta distinción en el concepto de afrontamiento, según sea entendido como estilo o como proceso, por su estrecha relación con los factores psicosociales y el proceso de enfermedad.

El afrontamiento como *estilo* hace referencia a una forma característica, estable y generalizada de responder ante situaciones estresantes. Esta idea deriva de las concepciones

psicoanalíticas del afrontamiento. De forma general podrían considerarse dos estilos principales: aquel dirigido a la planificación de soluciones ante la situación problema; y aquel orientado a evitar la situación estresante y retrasar su resolución, también llamado evitativo (Bermúdez, 1996). Esta aproximación ha llevado a algunos estudiosos a asociar la aparición característica de determinadas estrategias de afrontamiento con variables de personalidad concretas. Así, las personas optimistas emplearán estrategias más adaptativas que las pesimistas, quienes utilizarán más conductas evitativas y presentarán un mayor desajuste psicológico (Scheier y Carver, 1985); por otro lado, los extravertidos y aquellos con sensación de control interno adoptaron acciones más activas (Lu, 1991, Parkes, 1986) que los introvertidos o los ansiosos (Parasuraman y Cleek, 1984).

Aunque esta concepción del afrontamiento como una forma relativamente estable de actuar y de pensar ofrece poca esperanza para la intervención terapéutica, sí puede contribuir a la predicción de resultados a largo plazo como sucede en las conductas relacionadas con la prevención de la salud y en las situaciones de estrés crónico.

El afrontamiento como *proceso* se centra más en la interacción entre factores situacionales y procesos dinámicos individuales, que va a condicionar la forma de afrontamiento a emplear en distintos momentos o problemas. Esta aproximación

es el núcleo del modelo procesual de Lazarus y Folkman descrito anteriormente y permite el desarrollo de una intervención psicoterapéutica centrada en optimizar las estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación e individuos concretos.

Sin embargo, los límites entre ambas distinciones, *estilo* o *proceso*, no son tan claros, por lo que cabe otra visión integradora de ambas aproximaciones, señalando la variabilidad como resultado de los factores situacionales y la estabilidad como consecuencia de los de los factores de personalidad. Este enfoque añade un sentido dinámico a partir de la interacción entre factores situacionales y procesos psicológicos activados en el individuo para hacer frente a las demandas de la situación.

1.3 EL ESTRÉS Y LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Atendiendo a la repercusión biológica que toda situación estresante produce en el organismo, y teniendo en cuenta las diferencias individuales en la percepción y afrontamiento del estrés señaladas anteriormente, nos centraremos ahora en las consecuencias del impacto del estrés en la enfermedad oncológica en particular.

1.3.1 La Psico-neuro-endocrino-inmunología

El efecto inmunodepresor del estresor del estrés sobre el organismo ha sido foco de atención de diversas disciplinas médicas como la neurología, endocrinología e inmunología, así como de la psicología, en atención al potencial papel modulador que los factores psicológicos pueden desempeñar entre estrés y funcionamiento del sistema inmunológico.

El sistema inmunológico fue estudiado durante muchos años en medicina como la unidad autónoma independiente del cerebro; sin embargo hoy en día y desde hace varias décadas, la investigación se orienta al estudio de la relación entre los sistemas inmunológico, central y endocrino a través de las vías anatómicas, fisiológicas y bioquímicas que los interrelaciona. Esta interacción conjunta de los tres sistemas supone un elemento fundamental para la adaptación del individuo a las demandas del ambiente que lo rodea (Shapiro, 1988). Desde la perspectiva biopsicosocial habría que añadir la influencia de las variables psicológicas en dicha interacción, frente a la perspectiva de la medicina tradicional que excluía la influencia de los procesos psicológicos en el enfermar humano; las aportaciones sobre biofeedback y el efecto placebo demuestran cómo estas variables pueden ejercer una importante influencia sobre el principal órgano regulador del organismo, el sistema nervioso central (Blanco y Navia, 1986).

El desarrollo de esta ciencia pone de manifiesto interacción entre los tres sistemas reguladores de la homeostasis del medio interno, señalando que cuando los factores de estrés externos, como los acontecimientos vitales, desbordan la capacidad de resistencia del individuo (en función de variables internas, desde el índice de reactividad al estrés a la predisposición genética) se produce un desequilibrio homeostático diagnosticable por la alteración psicológica, neuroendocrina e inmunológica. La alteración del sistema neuroendocrino es cuantificable a través de medidas de ACTH, prolactina y corticoides que desequilibran la homeostasis del medio interno, afectando negativamente la acción inmunológica a través de linfocitos T citotóxicos, la actividad celular de la Natural Killer (NK), la proliferación celular frente a mitógenos o la producción de interleucinas (MacLean 1949)

Goodkin, Antoni, Kevin, y Fox (1993) revisaron las investigaciones realizadas sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la etiología del cáncer cervical resaltando el papel mediador del sistema inmune en el efecto de estos factores. Pompe, Antoni, Mulder, Heijnen, y cols. (1994) realizaron una revisión teórica sobre el impacto de los factores psicosociales en el curso del cáncer de mama, comprobando la relación causal entre estos factores (acontecimientos vitales, apoyo social y la respuesta psicológica al diagnóstico) y los procesos inmunológicos y

endocrinos. También hay que tener en cuenta la importancia de los factores emocionales e inmunológicos junto con las características biológicas propias del tumor en la comprensión del desarrollo del cáncer y en la predicción de recaídas, tal y como señalaron Levy, Heberman, Lippman, D'Angelo y col. (1991) en el estudio prospectivo realizado con mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales.

1.3.1.1 Experimentación animal

Con respecto a la relación entre la posible modulación del sistema inmune por variables psicológicas susceptibles de facilitar o no el crecimiento tumoral se han realizado estudios con ratones donde observaron diferencias individuales en el desarrollo de alteraciones inmunológicas inducidas por situaciones de estrés, al plantear una tarea exploratoria de estímulos novedosos donde se presentaba a los animales descarga eléctrica con posibilidad de evitarlas y escapar de ellas o no. Encontraron que al grado de control ejercido tras la descarga está inversamente relacionado con el nivel de cortico esteroides y ACHT, y la actividad exploratoria está relacionada con la proliferación de linfocitos y el desarrollo de anticuerpos en el post-estrés, indicando que la respuesta psicofisiológica y conductual al estrés dependen de la relación entre el ambiente y el individuo. En esta línea Levy, Swing y Lippman (1992)

sugieren que las conductas de impotencia y desesperanza ante la falta de control de estímulo aversivo causan un crecimiento acelerado del tumor al disminuir la producción de linfocitos y de células NK.

También se ha observado en laboratorio que las ratas en situación de estrés tienen menor capacidad de reparación del ADN; lo cual, unido a los efectos observados sobre la actividad de las células NK, linfocitos T citotóxicos y la producción de citotinas IL2 e IL6, permite sugerir que afecta de modo directo tanto a la carcinogénesis como a las alteraciones en la reparación de ADN, y de modo indirecto a la falta de eficacia de destrucción de la célula mutante. (Glaser, Rice, Speicher, Scout y cols., 1986; Ader, Felten y Cohen, 1991).

1.3.1.2 Observaciones a los estudios

Según lo visto anteriormente, los estudios intentan verificar la hipótesis de que los factores psicosociales influirían en la reacción del individuo ante situación de estrés, en la liberación hormonal y su impacto en la respuesta inmunológica, incrementando su vulnerabilidad al disminuir las defensas del organismo y facilitar así el desarrollo del cáncer (González de Rivera, 1991). Sin embargo quisiéramos hacer algunas

observaciones donde consideramos que aún falta a poyo empírico a este supuesto:

- ✓ Aunque se observe la participación de los factores psicosociales en la aparición, la evolución y pronóstico del cáncer, los datos aún no son los suficientemente consistentes a la hora de vincularlos con la etiología de la enfermedad oncológica (Pompe y cols., 1994; Bleiker, 1995). Otros estudios señalan la influencia no como factores causales que provocan el cáncer, sino como factores que pueden afectar a la vulnerabilidad a padecer la enfermedad.
- ✓ También cabe considerar la posibilidad de que el efecto modulador de las variables psicológicas puede ser protector y adaptativo.
- ✓ Por otro lado es cuestionable la generalización de la relación entre las variables psicosociales, sistema inmunológico y etiología del cáncer, a todo tipo de cáncer por la heterogeneidad del desarrollo biológico de las distintas neoplasias y su evolución (Sklar y Anisman, 1981; Kripke, 1988), teniendo en cuenta que la relación entre los estresores y la alteración del sistema inmunitario será relevante para los tumores controlados por este sistema, no siendo todos del mismo tipo (Riley, 1981; Holland, 1990).

- ✓ Aunque los estudios experimentales con animales muestran que el estrés puede tener un impacto en el sistema inmunológico a través de las alteraciones en el sistema neuroendocrino (Stoll, 1988), y hay estudios en humanos que apoyan su influencia en la actividad de las células NK, en los receptores IL-2 y los linfocitos T y B (Pettingale, Creer y Tee, 1977; Cunninham, 1985; Kiecold-Glaser, Fisher, Ogrocki, Scout y cols, 1987; Levy, Herberman, Whiteside, y cols, 1990; Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny y cols, 1990); su influencia en el ser humano no queda todavía clara (Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994; Sabbioni, 1991).

1.3.2 Impacto estresante del cáncer

Como hemos ido viendo, los factores que pueden acentuar el impacto estresante de la enfermedad grave pueden ser muy diversos; desde las características propias del estresor a las variables ambientales y personales, a lo cual se añade la percepción y creencias de la sociedad o la cultura a la que pertenece el paciente. Es el caso de la enfermedad oncológica, en la que a pesar de los avances médicos en el terreno de la salud, todavía hoy el termino cáncer lleva asociadas las connotaciones de sufrimiento, dolor y muerte propias de las enfermedades estigmatizadas en nuestra sociedad conocidas

desde hace siglos de historia. Su etiología aún desconocida genera alto nivel de estrés por la incertidumbre y miedo, sensaciones que no aparecen con tanta intensidad en otras enfermedades igualmente devastadoras como los trastornos cardiovasculares o el VIH, en las que sí parece más clara la posibilidad de establecer una acción preventiva con el fin de evitarlas. Junto a la falta de certezas sobre los factores de riesgo asociados con el cáncer y el estilo de vida nocivos, se unen la falta de respuestas medicas manteniendo el miedo y el estrés ante lo que parece una enfermedad incontrolable e imprevisible (Ibáñez, 1996). De este modo el diagnóstico de cáncer irrumpe en la vida del sujeto amenazando su integridad física y mental; llegando a provocar en muchos casos un desajuste emocional como reacción a su impacto.

El periodo correspondiente al diagnóstico e incluso antes, entre el desarrollo de una prueba y la espera del resultado se caracteriza por la presencia de preocupación y estrés tanto en el paciente como en sus familiares y relaciones próximas. Aunque de esta etapa pre-diagnóstico no hay muchos estudios (Poole, 1997), los existentes han encontrado niveles muy altos de ansiedad y preocupación en mujeres en espera de los resultados de la biopsia mamaria (McFarlane y Sony, 1992; Benedict Williams y Baron, 1994), sugiriendo que el periodo en que la mujer tiene que manejar la incertidumbre

hasta la comunicación de los resultados debe ser lo más corto posible.

Fridfinnsdottir (1997) encontró que las mujeres se apoyaban especialmente en los familiares y amigos mientras esperaban los resultados de la exploración rutinaria de mama. La experiencia del diagnóstico y la forma en que se comunican van a tener un impacto en el ajuste psicológico inmediato y posterior a la enfermedad (Harcourt, Rumsey y Ambler, 1999).

Desde esta perspectiva, algunos autores lo han contemplado como un acontecimiento traumático con características no muy diferentes a las definidas para el Trastorno de Estrés Post-Traumático (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), donde la intensidad de amenaza para la vida del sujeto, duración del estresor y falta de control o impotencia sobre la situación traumática son los determinantes principales. De acuerdo con los estudios clínicos desarrollados por Horowitz (1982) la vivencia de una experiencia traumática provoca en el sujeto pensamientos intrusivos, conductas evitativas, intenso estrés psicológico, reactividad fisiológica y alteraciones del sueño; afectando todo ello al comportamiento y al estado emocional de la persona produciendo ansiedad y depresión. El Síndrome de Estrés Post-Traumático (TEP) es el resultado de la exposición a sucesos estresantes psicológicamente que están fuera de la experiencia humana habitual. Fue reconocido como síndrome

por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980 y revisado posteriormente en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994) localizándose dentro de los trastornos de ansiedad y reuniendo las distintas manifestaciones psicológicas que aparecen como consecuencia de la exposición a sucesos psicológicamente traumáticos. Esta clasificación diagnóstica pone el acento en las reacciones de la víctima más que en el acontecimiento en sí, señalando como características principales: la re-experimentación del acontecimiento traumático en recuerdos o sueños recurrentes, evitación de los estímulos asociados con el trauma y síntomas persistentes de aumento de la activación. Aunque varios de estos síntomas sean identificables en los enfermos de cáncer ante el estrés causado por el diagnóstico, encontramos pocos estudios que asocien la reacción al diagnóstico de cáncer como TEP (Pitman, Lanes, Williston, Guillaume y cols., 2001), salvo estudios desarrollados en supervivientes o pacientes con recidiva de la enfermedad (Cella, Tross, Orav, Holland y cols., 1990; Kaasa, Malt, Hagen, Wist y cols.1993) según los cuales la evaluación de las respuestas de estrés agudo identifican mejor el impacto emocional del cáncer que la evaluación de la ansiedad y la depresión por sí solas (Tjemmland, Soreide y Malt 1996).

Brewin, Watson, McCarthy, Hyman y col. (1998) realizaron un estudio transversal sobre pensamientos intrusivos

y depresión en una muestra de 65 pacientes de cáncer deprimidos y 65 sin sintomatología depresiva como muestra control; a todos ellos se le aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), la entrevista clínica estructurada para trastornos mentales según el DSM-III-R, la entrevista de la Escala de Estrés Postraumático, y la Escala de ajuste Mental al Cáncer (Mini-Mac). Un cuarto de los sujetos informaron tener recuerdos intrusivos de enfermedad, daño o muerte en las últimas semanas; el nivel medio de evitación e intrusión fue equivalente al de los pacientes que presentaron TEP; y tal como se hipotetizó los sujetos deprimidos presentaron mayor número de pensamientos intrusivos que los del grupo control, asociado a peor afrontamiento adaptativo y más conductas evitativas.

Tjemslund, Soreide y Malt 1996 realizaron dos estudios, una primera evaluación realizada tras el diagnóstico, el día antes de la intervención quirúrgica y otra posterior seis semanas después de la operación. Tomaron una muestra de 106 mujeres con cáncer de mama recién diagnosticado en estadio I y II, de edades comprendidas entre 33 y 70 años; se evaluó el malestar psicológico mediante entrevistas y cuestionarios psiquiátricos: Impact Events Scale (IES), Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ-28) y The Clinical Global Impresión Scale (CGI) para medir psicopatología. Los resultados mostraron que

aproximadamente la mitad de la muestra informó un alto nivel de pensamientos intrusivos durante los días siguientes al diagnóstico, correlacionando con ansiedad y síntomas agudos de estrés postraumático. Encontraron asociación con la edad, siendo las mujeres más jóvenes las que manifestaron mayor malestar, así como aquellas que se percibían con falta de apoyo social. No se encontró ninguna asociación con el estado de salud física y mental previa, lo cual indica que el estrés agudo ante el cáncer como estresor mayor es una respuesta frecuente y normal que ni implica psicopatología en sí misma. Los autores añaden que si los síntomas persistentes más allá de esta primer fase, pueden ser predictores de problemas de ajustes posteriores (Tjemslund y cols., 1996a).

En la evaluación realizada seis semanas después de la intervención quirúrgica encontraron que los síntomas habían disminuido significativamente a un 18% con ansiedad intrusiva y un 14% con síntomas de evitación por lo que en el curso de la enfermedad la mayoría de las pacientes lograron una buena adaptación al trauma del cáncer. El mayor malestar lo presentaron las pacientes con problemas familiares, sociales y laborales previos a la enfermedad, o con experiencias de duelo por personas significativas o enfermedad grave un año antes del diagnóstico de cáncer. Las variables relacionadas con la enfermedad como estadio, tipo de cirugía o tratamiento no tuvieron influencia en la respuesta traumática de estrés; por lo

que se le atribuyó mayor capacidad predictiva de ajuste a los factores pre-mórbidos y el origen de la sintomatología a la enfermedad en sí misma como estresor mayor (Tjemslund y cols., 1996b).

Sin embargo, los estudios realizados por Kahalid y Gul (2000), apoyan la hipótesis de que las mujeres solteras con tratamientos agresivos después de practicarles la mastectomía tenían más probabilidades de experimentar sintomatología TEP dificultando la adaptación al cáncer; a lo cual contribuía el estadio de la enfermedad y la calidad de vida como predictores de TEP. Hempton y Frombach (2000) investigaron las diferencias de género en la prevalencia y predicción de síntomas de TEP en una muestra de 87 pacientes (59 mujeres y 28 hombres), encontrando una mayor incidencia en mujeres que en hombres (27% vs 10%); Los factores predictores de TEP en las mujeres fueron el número, tipo e intensidad del tratamiento, y los problemas con los profesionales de la salud; en los hombres el principal factor de elevado TEP fue el comportamiento evitativo.

Lo que sí que parece claro, es que el nivel de estrés psicológico ante la aparición del cáncer va a depender de la interrelación de diversas variables, tanto del cáncer en sí como estresor mayor, de su repercusión fisiológica en el organismo, de los factores psicosociales mediadores y de las estrategias del afrontamiento que el paciente ponga en marcha para hacer

frente a la enfermedad, que van a mediar y modificar el impacto del diagnóstico de la enfermedad y su ajuste posterior.

Las consecuencias psicológicas de la enfermedad y su tratamiento considerando que el estrés, las estrategias de afrontamiento psicológico, el apoyo social y las alteraciones emocionales pueden influir en el ajuste en el ajuste y progresión de la enfermedad. Desde esta postura consideraremos a las variables psicológicas no como constructor definitorios de un perfil premórbido, si no como estilos de afrontamiento al estrés y la amenaza que supone el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Esta línea de investigación ha sido desarrollada por varios autores, que a continuación expondremos, dando lugar también a diferentes modelos explicativos de afrontamiento psicológico de la enfermedad.

Recordando la distinción que hicimos en el apartado anterior sobre el afrontamiento como estilo o proceso, nos centraremos en la segunda perspectiva al tener en cuenta las variables externas que influirán en el transcurso de la enfermedad y que obligarán al paciente a desarrollar estrategias que le permitan lograr un mejor ajuste psicológico a las distintas fases y problemas que vayan surgiendo. Por otro lado, observaremos también cómo a lo largo de los estudios aparecen variables internas consideradas como rasgos de

personalidad, invitándonos a una visión integradora y no excluyente de ambas perspectivas.

1.4 EL AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

1.4.1 Factores psicosociales y afrontamiento al cáncer

Aunque en oncología existe una gran variedad de tratamientos médicos para el diagnóstico del cáncer, así como una gran diversidad de pacientes según sus rasgos de personalidad, características sociales y demográficas; se pueden extraer características comunes de la experiencia estresante del diagnóstico, su tratamiento, los efectos secundarios que origina y la supervivencia, como son la amenaza a la propia vida y la incertidumbre de la completa curación. Los factores psicológicos y sociales van a condicionar al individuo en su adaptación y ajuste a las demandas de la enfermedad y su desarrollo a lo largo de un proceso continuo de cambio.

Desde los años ochenta ha habido un incremento notorio en los estudios dedicados al impacto del cáncer en la adaptación psicosocial, encontrándose rasgos de morbilidad asociados al diagnóstico y tratamiento como depresión,

ansiedad y disminución de la autoestima. Muchos autores han prestado atención a la influencia de factores psicosociales durante el curso de la enfermedad, encontrando asociación entre la progresión del cáncer y los acontecimientos vitales estresantes, la expresión de emociones negativas como la rabia y la ansiedad, el apoyo social y el sentimiento de desesperanza (Mulder, Pompe, Spiegel, Antoni y cols. 1992). La existencia de estos factores junto con las variables físicas, marca las diferencias en el ajuste a la enfermedad de los pacientes; adquiriendo un interés relevante las estrategias de afrontamiento.

Cuanto mayor es el repertorio de afrontamiento del paciente más facilidad tendrá para adaptarse con flexibilidad y de forma satisfactoria a los diferentes desafíos que provoca el cáncer. Esta flexibilidad es un factor clave en el ajuste a la enfermedad por favorecer cambios positivos en la vida del paciente (Somerfield y Curbow, 1992).

A partir de estas investigaciones, se ha realizado un gran esfuerzo en el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas enfocadas al afrontamiento de la enfermedad, dada su influencia en la calidad de vida de la persona y en las consecuencias de ajuste posterior al curso de la misma (Burton, Parker, Farrell, y cols. 1995; Cousins, Fawzy Kemeny y cols. 1990; Feinstein, 1983; Greer Moorey, y

Baruch, 1992; Nelson, Friedman, Baer, Montague y col., 1994; Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989).

1.4.2 Distinción entre afrontamiento y ajuste mental

El diagnóstico de cáncer y sus consecuencias suponen para el individuo un cambio radical en su vida que va a requerir un continuo ajuste a las nuevas etapas por las que tendrá que pasar. Aunque son numerosos los estudios realizados sobre el ajuste el ajuste a la enfermedad oncológica y el modo de afrontarla, la distinción aportada por los autores sobre ambos términos resulta todavía ambigua.

De acuerdo con las definiciones previas de *Afrontamiento* aplicado al contexto de la enfermedad oncológica, se refiere a las respuestas cognitivas, conductuales y afectivas que se desencadenan en los pacientes ante el diagnóstico de cáncer, la valoración que hace el individuo de la enfermedad y la reacción que esto provoca para reducir la amenaza percibida. Para algunos autores, esta intencionalidad atribuida al concepto de afrontamiento marca la distinción con el concepto de ajuste mental, el cual comparte el esfuerzo cognitivo y conductual y añade la dimensión emocional involuntaria como reacción ante la situación de amenaza

(Greer y Watson, 1987; Watson, Greer, Young, Inayat y cols. 1988).

El término Ajuste de la enfermedad es el empleado con frecuencia, no sólo en la literatura de la psicooncología sino en psicología de la salud en general, para referirnos a la ausencia de morbilidad psiquiátrica y a la recuperación del funcionamiento previo a la enfermedad, mientras el individuo se adapta a los múltiples cambios producidos por la enfermedad y su tratamiento. Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1984) el ajuste es el proceso por el cual el individuo maneja las demandas o presiones del exterior en relación a sus recursos personales. Somerfield, Stefanek, Smith y Padberg (1999) lo definen en relación al resultado consecuente de los esfuerzos de afrontamiento para manejar el estresor, y habla de adaptación para globalizar el proceso de ajuste a las demandas vitales. Watson y cols (1988) definieron el *ajuste mental* al cáncer como resultado de las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en marcha desde el inicio de la enfermedad, destacando cinco tipos principales: espíritu de lucha, fatalismo o aceptación estoica, preocupación ansiosa, evitación o negación y desesperanza o indefensión. Sin embargo, ninguna de estas definiciones recoge las dimensiones sociales y existenciales involucradas en el sentido individual y relacional del individuo tras la experiencia de

cáncer; quien no recupera la continuidad de su vida previa, aun habiendo superado la enfermedad.

En otro estudio aparece un compendio de variables relacionadas con el ajuste psicológico a la enfermedad capaces de distinguir entre una buena o mala adaptación y a la vez predictores de distrés psicológico: la evitación y la aceptación-resignación como estrategias de afrontamiento, la perturbación familiar, la cantidad de apoyo social real percibido (Behem y Tumlin, 1994).

A pesar de los estudios dedicado al ajuste psicosocial de la enfermedad oncológica y de la enfermedad crónica por el estrés que conllevan, encontramos que los mecanismos psicológicos subyacentes han recibido escasa atención. El desarrollo de estudios en relación al proceso psicológico desde el diagnóstico de la enfermedad facilitarían la detección precoz de trastornos afectivos o adaptativos, y el establecimiento de una intervención psicoterapéutica eficaz. Otra dificultad es la limitación en la disponibilidad de métodos para el estudio de estos conceptos, empleándose con mayor frecuencia entrevistas semiestructuradas y estudios retrospectivos donde se incluyen variables psicosociales y de afrontamiento resultantes del proceso de enfermedad.

1.5 ALGUNOS MODELOS TEÓRICOS DE AFRONTAMIENTO AL CÁNCER

Dado que sería muy extensa la exposición de numerosos estudios y teorías dentro del ámbito de la Psicología de la Salud sobre la enfermedad física y su afrontamiento, y concretamente aquellas referidas al cáncer, nos remitiremos tan solo a las aportaciones teóricas más relevantes en este contexto. Describiremos en este marco con cierto detalle el modelo de Creer, Morris y Pettingale (1979); Greer, Moorey y Watson (1989) por haber sido el marco teórico de referencia de estudios previos a esta investigación.

Varios modelos teóricos han dado lugar a un gran número de estudios relacionados con la búsqueda específica de estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con diferentes tipos de enfermedades, tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, u otro tipo de enfermedades crónicas o agudas. Algunos de estos modelos se han basado en estudios previos sobre el estrés, como el previamente descrito y ampliamente utilizado modelo de Lazarus y Folkman, a partir del cual podríamos condensar en grandes líneas las estrategias descritas en dos grupos: según obtengan un resultado emocional positivo en el nivel de ansiedad y depresión, autculpa y hostilidad (como la confrontación, la búsqueda de información y optimismo), o un resultado

emocional negativo (como la evitación y la aceptación resignación) (Folkman y Lazarus, 1988)

1.5.1 Aportación teórica de Weisman (1979)

Este autor señala que el modo en que una persona afronta la enfermedad es una extensión del modo de afrontamiento que había empleado previamente en su vida en otras circunstancias estresantes.

Weisman entiende el afrontamiento como un proceso donde el individuo desarrolla una serie de acciones para recuperar el equilibrio y conseguir alivio y solución al problema; entre las estrategias más habituales en los pacientes de cáncer destaca: la búsqueda de información y consejo, la búsqueda de consuelo, inversión del afecto, supresión del problema, desplazamiento a través de la distracción, confrontar el problema y establecer una línea de acción, redefinición positiva, resignación o aceptación pasiva, fatalismo, hacer algo aunque sean conductas de riesgo como la bebida o las drogas, retirada o huida, externalización y proyección, y autoengaño. Cuando hay falta de recursos disponibles el afrontamiento el afrontamiento no es efectivo, provocando en la persona un estado de vulnerabilidad y malestar subjetivo que puede dar

lugar a sentimientos de ansiedad, depresión y desamparo, impotencia y agitación (Ferrero, 1993).

1.5.2 Teoría de la Adaptación Cognitiva de Taylor (1983)

Esta autora elabora un modelo de adaptación cognitiva a las situaciones amenazantes a partir del estudio realizado con mujeres con cáncer de mama (Taylor, Lichtman y Word, 1984) donde destaca los esfuerzos de readaptación de la persona a partir de una serie de creencias en ocasiones ilusorias, que pueden coincidir o no con la realidad. Los tres tipos de procesos cognitivos necesarios para la adaptación son: La búsqueda de significado del acontecimiento amenazante y de la nueva situación, el intento por recuperar el control, y el esfuerzo por no perder la autoestima. En consecuencia, Taylor señala varias afirmaciones fundamentales (Ferrero, 1993):

- ✓ El control percibido no tiene por qué coincidir con el control real; a mayor sensación de control del sujeto, mejor adaptación.
- ✓ Los procesos de atribución en forma de creencias van a modular la percepción de control y los resultados de adaptación.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- ✓ La reevaluación positiva de la situación y la reordenación de las prioridades favorecen el proceso adaptativo.
- ✓ La comparación con pacientes en situación parecida o en peores condiciones ayuda a mantener la autoestima.

Quando la persona sufre un acontecimiento vital traumático se cuestionan tres ilusiones positivas presentes en todo ser humano: el optimismo irreal, la percepción exagerada de control y el autoensalzamiento; relacionadas en la literatura con el logro de un buen ajuste a la situación. Sin embargo Taylor y Amor (1996) indican que el esfuerzo por restaurar estas percepciones frente a la realidad puede resultar inadecuado cuando dificulte la toma de decisiones o niegue la situación de debilidad o limitaciones reales. Cuando sí es adecuado puede preservar la salud mental y promover conductas de afrontamiento que contribuyan a un mejor ajuste psicológico.

1.5.3 Teoría del Ajuste Psicológico al Cáncer de Greer y cols. (1979,1989)

A continuación haremos especial hincapié en el modelo desarrollado por Greer y cols. (1989) sobre las reacciones que

produce el diagnóstico de un cáncer, a partir de los estudios desarrollados durante varias décadas en la población oncológica en el hospital Royal Mariden de Londres, y que ha servido de guía y soporte teórico en la presente investigación.

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

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

1. ¿Hasta qué punto el diagnóstico es una amenaza?
2. ¿Qué puedo hacer? ¿Puedo ejercer algún control?
3. ¿Cuál es el pronóstico y hasta qué punto es seguro?

Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman encontramos que la primera cuestión correspondería a evaluación primaria y las dos siguientes a la secundaria, diferenciándose las expectativas de eficacia de las de resultado.

Estas tres preguntas forman parte de la “triada cognitiva del cáncer” al reflejar la visión del paciente de su diagnóstico, el control percibido y el pronóstico; y constituyen el “esquema cognitivo de supervivencia” al procesar la información relevante relacionada con la enfermedad. Según la respuesta que el paciente da a estas tres cuestiones, empleará diferentes modos de ajuste o afrontamiento a la enfermedad. Los estilos de afrontamiento propuestos por estos autores son:

- ✓ Espíritu de Lucha: el paciente recibe el diagnóstico como un reto sobre el que puede ejercer algún control, dando una respuesta activa de afrontamiento por la cual el paciente se involucra en conductas que favorecen su adaptación a la enfermedad y participación en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, con actitud optimista sobre el pronóstico y aceptando el diagnóstico.
- ✓ Evitación o negación: el paciente rechaza el diagnóstico de cáncer o minimiza su seriedad, evitando así pensar en la enfermedad sobre la cual no se percibe la amenaza y por tanto no pone en marcha ningún mecanismo para hacerle frente.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- ✓ Fatalismo o Aceptación estoica: El paciente acepta el diagnóstico con resignación o actitud fatalista sintiendo que no puede ejercer ningún control sobre los acontecimientos; por lo cual no desarrolla ninguna estrategia de afrontamiento activo.

- ✓ Preocupación ansiosa: el sujeto percibe la enfermedad como una gran amenaza para su vida lo cual le produce un sentimiento constante de preocupación, ansiedad y falta de control sobre su pronóstico; teme que cualquier malestar o dolor sea indicativo de diseminación o recurrencia del cáncer y busca verificarlo constantemente . Las estrategias de afrontamiento que emplea como la búsqueda de información compulsiva, lejos de permitirle una mejor adaptación, le lleva a incrementar su nivel de ansiedad.

- ✓ Indefensión aprendida o desesperanza: el paciente está hundido por el diagnóstico de cáncer, siente que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad por lo que adopta una actitud pesimista y desesperanzada. Esta actitud puede incluso afectar a otras esferas de su vida en las que dejará de realizar actividades cotidianas.

1.5.3.2 Evolución de la investigación con el Modelo de Greer y cols

Este modelo ha generado un volumen de investigación importante, principalmente en los años ochenta, sobre los estilos de afrontamiento, que en resumen, viene a sugerir que los pacientes que reaccionan con mayor espíritu de lucha, más ganas de vivir y mayor control percibido, junto con los que reaccionan empleando la negación, tienen mejor pronóstico que aquellos otros que reaccionan con desamparo y desesperanza o aceptan estoicamente la enfermedad. También se destaca el papel protector de la expresión emocional y del apoyo social percibido (Greer y cols, 1979; Levy y Wise, 1988; Moorey y Greer, 1989; Pettingale, Morris; Greer y Haybittle 1995). El ajuste total a la enfermedad está en estrecha relación con diversas variables como los estados emocionales, ansiedad/depresión malestar psicológico, estilos de afrontamiento o control percibido (Burgess, Morris, Pettingale, 1988). En el estudio realizado por Watson, Greer, Rowden, Gorman y cols. (1991) con una muestra de 359 mujeres con cáncer de mama en estadio I y II, evaluada al mes y a los tres meses del diagnóstico, encontraron correlaciones entre las respuestas de ajuste, el control emocional, la ansiedad y la depresión. El control de la expresión emocional, depresión y ansiedad correlacionaron negativamente con el espíritu de

lucha y positivamente con la preocupación ansiosa, el fatalismo y el desamparo o desesperanza.

A partir de los noventa, parece que se va afinando el campo de investigación al encontrar que el factor del espíritu de lucha y la evitación correlacionan con menor malestar psicológico (Watson y Ramírez, 1991), buen pronóstico en la enfermedad y supervivencia más duradera (Fawzy, Fawzy, Hyn y cols. 1993; Greer, Morris, Pettingale y Haybittle, 1990; Morris, Pettingale y Haybittle, 1992). Estos autores apoyan la hipótesis de que los estilos de afrontamiento pasivos -fatalismo, preocupación ansiosa, desesperanza/indefensión-, están asociados con peor pronóstico en la evolución de la enfermedad y mayor malestar psicológico (Greer y cols. 1990; Morris y cols. 1992, Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke 1992; Nordin y Glimelius, 1997). Incluso aparecen resultados similares en otros estudios realizados con pacientes de SIDA, donde el factor de aceptación estoica se relacionó con menos tiempo de supervivencia (Reed, Kemeny, Taylor, Wang y cols., 1994).

Sin embargo en una de las últimas publicaciones de uno de los equipos de investigación mencionados al estudiar el efecto de las respuestas psicológicas en el desarrollo de la enfermedad (Watson, Havilland, Greer, Davidson y col., 1999), no se verifica esta relación entre el espíritu de lucha y el pronóstico de la enfermedad. Este estudio longitudinal se llevó

a cabo sobre una muestra de 578 mujeres evaluadas en estadio temprano de cáncer de mama, de las cuales 395 seguían vivas libres de enfermedad a los cinco años de seguimiento, 50 recidivaron y 133 fallecieron. Para ello emplearon la escala de ajuste mental al cáncer (MAC), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y la escala de control emocional (CEC); los resultados mostraron que al cabo de cinco años aumentaba el riesgo de muerte en mujeres con altas puntuaciones en depresión y riesgo de recidivas con puntuaciones altas en desesperanza/indefensión; en relación al espíritu de lucha no aparecieron los resultados significativos que cabría esperar.

Como fruto de la investigación experimental siguiendo el modelo de ajuste mental al cáncer, sus creadores desarrollaron la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) (Greer y Moorey, 1992), dentro del modelo cognitivo-conductual, adaptada específicamente a la enfermedad. Se trata de una intervención breve de seis sesiones estructuradas, aplicada individualmente, y en ocasiones en pareja, resultando ser de gran beneficio y utilidad en la práctica clínica. Con ella se intenta conseguir la mejor adaptación posible a la enfermedad promoviendo el espíritu de lucha al cáncer, disminuyendo el nivel de malestar psicológico, recuperando en la medida de lo posible la actividad normal y promoviendo actitudes y comportamientos que favorezcan el sentimiento de autoeficacia y autocontrol. Para

estos autores, el tiempo de supervivencia puede tener un valor pronóstico en la evolución de la enfermedad. Aun así, sigue habiendo una distancia palpable entre la investigación y la aplicación de los hallazgos de manera operativa, en la práctica clínica; quizá por la falta de consenso en las respuestas de afrontamiento, evaluación de la situación en la amenaza y consiguientes reacciones emocionales e influencia en la calidad de vida (Sommerfield y Col, 1999).

1.5.3.2 Medidas de afrontamiento del cáncer

La literatura científica desarrollada sobre el afrontamiento ha estudiado ampliamente estas respuestas y las consecuencias psicológicas de la enfermedad (Parle, Jones y Maguire, 1996). Para ello se han empleado en su mayoría, diseños transversales y medidas de autoinforme sobre las respuestas utilizadas en situaciones recientes de estrés.

Teniendo en cuenta los estudios previos (Morris, Greer y White, 1997; Greer y Cols, 1979) donde ya señalaban la existencia de cinco características de respuesta psicológica al cáncer observadas en un estudio longitudinal con pacientes con cáncer de mama (Greer y Watson, 1987) desarrollaron la escala de ajuste mental al cáncer MAC (Mental Adjustment to Cancer scale) para evaluar estas respuestas, reformuladas

como actitudes de ajuste al cáncer. Para ello emplearon una escala inicial de 58 ítems en una muestra de pacientes con distintos diagnósticos y estadios, relacionados con la evaluación de diagnóstico del cáncer, el impacto de la enfermedad, los pensamientos que desencadena el diagnóstico y su manejo, actitudes de evitación, negación y control de la misma (Watson y Cols, 1988). Tras eliminar 18 ítems, la escala quedó compuesta por 40, repartidos en tres subescalas: respuestas al diagnóstico, respuestas de afrontamiento y tipo de ajuste; y 5 factores principales relacionados con los 5 estilos de afrontamiento del cáncer: espíritu de lucha, indefensión-desesperanza, preocupación ansiosa, aceptación estoica-fatalismo y negación-evitación (Watson, Greer y Bliss, 1989).

En una revisión posterior, Watson Law, Dos Santos, Greer y Cols (1994) redujeron el número total de ítems a 29, obteniendo una nueva escala; el mini-MAC, estrechamente relacionada con la de origen y más breve a la hora de administrarla a los pacientes. El MAC también ha sido validado en otros países donde es empleada como instrumento clínico y de investigación; entre ellos Suecia, Estados Unidos y España (Ferrero, Barreto y Toledo, 1995).

A lo largo de las investigaciones publicadas, encontramos también otros autores que han empleado instrumentos de medida de afrontamiento del cáncer diferentes al MAC. Entre ellos señalaremos el estudio de Jarret, Ramirez,

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Richards y Weinman (1992) quienes emplearon el cuestionario de afrontamiento WCS (Ways of Coping Questionary; Folkman, Lazarus, 1998) y la entrevista de la escala de afrontamiento del cáncer Faith Courtlaud (Faith Courtlaud Schedule for Coping Cáncer; Morris, Blake y Buckley, 1985) en una muestra de 49 mujeres en estadio temprano de cáncer de mama en fase de seguimiento, con el fin de crear una versión adaptada de estas medidas para pacientes con cáncer. Aunque fue posible la adaptación del WCS a este tipo de población, encontraron que algunos factores del cuestionario original no eran aplicables en la evaluación del afrontamiento de los pacientes con cáncer. A pesar de ello se completó bien con la entrevista de la otra escala, obteniendo resultados relevantes como el uso extensivo de estrategias de evitación cognitiva y reestructuración positiva en estas pacientes así como un amplio repertorio de modos de afrontamiento difícil de reducir a unos pocos.

Thomas y Marks (1995) intentaron probar la viabilidad de uso de la escala de afrontamiento COPE (Carver Scheier y Weintraub, 1989) en una muestra de 60 mujeres con cáncer de mama diagnosticado desde hacía un año o más. Encontraron resultados similares a los de Jarret y Cols. (1992) en cuanto al empleo de la reestructuración positiva además de la aceptación de la enfermedad, como estrategias de afrontamiento más

comunes; sin embargo vieron que el COPE discriminaba pobremente entre estrategias en este tipo de población.

En nuestra investigación hemos elegido los cuestionarios MAC, COPE, WCS y CSI.

1.6 EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE AFRONTAMIENTO Y CÁNCER

La aproximación a los estilos de afrontamiento de Greer, Watson y cols. ha dado lugar a numerosos trabajos experimentales en los cuales se han estudiado las relaciones entre el afrontamiento y los resultados de la enfermedad; aunque en algunos casos se haya centrado específicamente en las respuestas conductuales del individuo olvidando un poco las variables externas que van cambiando a lo largo del proceso de enfermedad, provocando diversas situaciones de amenaza y estrés, y exigiendo por tanto de una continua adaptación. Otros estudios sin embargo, si recogen el complejo de variables relacionadas con el ajuste, la adaptación y el bienestar del enfermo, asociados a la progresión de la enfermedad, la prolongación de la supervivencia o el freno en el desarrollo de la enfermedad.

Es importante señalar también la trascendencia de estos estudios en su aplicación clínica, para la detección de aquellos

pacientes con mayor dificultad para recuperar en lo posible la calidad de vida previa, en cuanto a su satisfacción general, bienestar emocional y ajuste a la enfermedad, atendiendo a las diferencias de personalidad y afrontamiento individuales.

Encontramos que muchos estudios no investigan las variables aisladas, sino que aparecen interrelacionadas, por ello se podría decir que las investigaciones realizadas sobre el afrontamiento se han basado en tres inquietudes principales:

1. ¿Qué estrategias de afrontamiento emplean con mayor frecuencia en los diferentes momentos de la enfermedad: Impacto del diagnóstico, tratamiento y seguimiento?
2. El empleo de estas estrategias de enfrentamiento, ¿es estable o varía a lo largo del proceso de enfermedad?
3. ¿Qué cuestionario de afrontamiento valoraría de mejor manera las estrategias puestas en marcha por los sujetos con cáncer?

Veremos las dos primeras inquietudes en los apartados siguientes y después estudiaremos la tercera en el apartado de los análisis de datos y resultados.

1. ¿Qué estrategias de afrontamiento emplean con mayor frecuencia en los diferentes momentos de la enfermedad: Impacto del diagnóstico, tratamiento y seguimiento?

El diagnóstico del cáncer suele aparecer en la vida del individuo irrumpiendo en su trama biográfica y en muchos casos desbordando su capacidad de ajuste inmediato. El cáncer es en sí mismo un acontecimiento vital estresante al suponer una amenaza para la vida, provocando un nivel diferencial de estrés según las características psicosociales de la persona y según los factores ambientales, que en su conjunto amortigüen o exacerben la enfermedad. Junto al estrés del impacto habrá un nivel de malestar o desajuste psicológico, también llamado distrés originado por otros “pequeños” estresores como algunas pequeñas pruebas diagnósticas: la biopsia o la punción de médula, intervenciones quirúrgicas como la mastectomía o la colostomía, o los diferentes tratamientos: quimioterapia, radioterapia, o autotransplante de médula, entre otros, que provocaran en el individuo la puesta en marcha de diferentes estrategias de enfrentamiento para reducir dicho malestar psicológico y permitirle una mejor adaptación. Incluso algunas de estas estrategias de afrontamiento podrán ser predictoras del nivel de malestar.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Nichols (1995) intentó dar respuesta al interrogante sobre si los pacientes de cáncer tienden a emplear estrategias similares para enfrentar su enfermedad que aquellas que emplearían ante acontecimientos vitales estresantes mayores. Para ello estudió un grupo de 60 pacientes, el doble de mujeres que de varones, de clase media, que habían recibido recientemente el diagnóstico de cáncer en estadios tempranos y habían comenzado el tratamiento con quimioterapia o radioterapia. Intento determinar si estos pacientes emplearon las mismas estrategias de afrontamiento para manejar el diagnóstico que las empleadas en algún acontecimiento estresante y traumático anterior; tras la evaluación personalizada de las estrategias empleadas se realizó un análisis factorial persona a persona para identificar distintas topologías y determinar la frecuencia de las estrategias empleadas. Los resultados mostraron que los sujetos no emplearon estrategias diferentes para manejar el cáncer u otros acontecimientos traumáticos, sino que usaron cualquier estrategia disponible para afrontar la adversidad de la situación. La edad, el tipo de cáncer y los factores de personalidad como el locus de control, no influenciaron el tipo de estrategias utilizadas.

Cooper y Faragher (1992) compararon las estrategias de afrontamiento de 1596 mujeres al acudir a consulta externa por alguna molestia de mama, con 567 mujeres sanas. Emplearon

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

cuestionarios de evaluación sobre variables demográficas, acontecimientos vitales, comportamiento tipo A y estrategias de afrontamiento. Posteriormente se comunicó el diagnóstico de fibroadenosis, quiste mamario, cáncer o bien sin sospecha de malignidad. Los resultados demostraron que las mujeres sanas o con tumor benigno emplearon más estrategias de afrontamiento positivo como la búsqueda de apoyo social externo o fortalecimiento del locus de control interno, que aquellas que recibieron un diagnóstico de cáncer. El factor edad no dio diferencias significativas entre los diagnósticos aunque el grupo de mujeres con cáncer tenía una media de edad superior al resto. Un año más tarde, tras el seguimiento de la muestra anterior, señalaron que el afrontamiento positivo mejoraba el pronóstico, ocurriendo lo contrario cuando el afrontamiento era negativo, y apuntaban como variable predictora de buen pronóstico el modo como el paciente percibía el impacto del acontecimiento vital estresante más que el número total de ellos vivenciados y el efecto beneficioso de la externalización de las emociones negativas como la rabia (Cooper y Faragher, 1993). De todo ello deducimos que al relacionar los acontecimientos vitales estresantes, las estrategias de afrontamiento y algunas variables de personalidad, los autores sugieren la posible existencia de un patrón común de comportamiento una vez aparecido el cáncer.

Stanton y Snider (1993) evaluaron a 117 mujeres sanas, de 40 años en adelante, antes de realizarse una biopsia mamaria; recogiendo datos sobre personalidad, evaluación cognitiva, afrontamiento y variaciones afectivas. De la muestra total, 81 mujeres recibieron un diagnóstico benigno y 36 un diagnóstico de malignidad. Antes de la biopsia no encontraron diferencias en afrontamiento, evaluación cognitiva ni variaciones del humor entre ambos grupos; después de la biopsia las pacientes de cáncer mostraron mayor afecto negativo y tras la operación mayor fatiga y menor vigor que el grupo de mujeres con diagnóstico benigno, en este caso tampoco encontraron diferencias en el afecto. Sin embargo, si encontraron que la evitación cognitiva con afrontamiento en la evaluación prebiopsia era un importante predictor de alto malestar y bajo vigor posterior. En esta línea Hack y Degner (1999) encontraron que las mujeres con bajo afrontamiento evitativo conseguían un ajuste significativamente mejor y se involucraban de forma activa en la toma de decisiones sobre su tratamiento. McCaul, Sandgren, King, O'Donnell y Cols (1999) también obtuvieron resultados similares en un estudio longitudinal donde evaluaron a 61 mujeres con cáncer de mama en estadio I y II; estos autores señalaron que el afrontamiento evitativo era el mayor predictor de distrés y peor calidad de vida, identificado en mujeres con mayor riesgo de afrontar con dificultades el diagnóstico de cáncer.

En otro estudio donde se evaluó a 49 pacientes de cáncer con diferentes diagnósticos, que iban a someterse a altas dosis de quimioterapia previa al autotrasplante de médula ósea, se encontraron también resultados acordes con los hallazgos anteriores. Recogieron datos sobre síntomas emocionales y funcionales a través de los siguientes instrumentos de medida: Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols. 1961), el Inventario de Ansiedad estado-rasgo de Spielberg (Spielberg y cols. 1970), el Perfil de Estados Emocionales (McNair, Lorr y Droppleman, 1971), el Listado de Síntomas-90 (Derogatis, 1983), y el Cuestionario sobre Modos de Afrontamiento revisado (Folkman y Lazarus, 1988). Los análisis mostraron que varias medidas asociaron significativamente el modo de afrontamiento de evitación-escape con el malestar psicológico, lo cual lleva a pensar que los pacientes emplearon más estrategias de afrontamiento evitativo pasivo que activo (Mytko, Knight, Chastain, Mumby y cols., 1996). Passik y McDonald (1998) observaron que las mujeres que desarrollaban linfedema presentaban más problemas psicológicos, sociales, sexuales y funcionales que aquellas otras que no presentaban esta complicación; si esto se añadía a un pobre apoyo social, dolor y afrontamiento evitativo pasivo, aumentaba el nivel de incapacidad. Los autores señalaron también la necesidad de prevenir y proporcionar una información adecuada, que ayudase a paliar el impacto estresante del linfedema por su alta morbilidad.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

En la población general se considera un importante mecanismo de afrontamiento predictor de estrés ante acontecimientos vitales estresantes la capacidad de solución de problemas a nivel social. Para analizar este supuesto, Nezu, Nezu, Friedman, Houts y cols. (1999) diseñaron dos estudios diferentes de pacientes con cáncer; en el primero evaluaron a 1105 enfermos tras el diagnóstico recogiendo información sobre resolución de problemas, síntomas de malestar emocional y problemas específicos de cáncer. Los resultados indicaron que los pacientes menos efectivos en la solución de problemas informaron de mayores niveles de ansiedad, depresión y problemas relacionados con la enfermedad. En el segundo estudio evaluaron a 64 mujeres mastectomizadas entre uno y trece años antes de la evaluación sobre los acontecimientos vitales negativos, para controlar el efecto el efecto de estresores recientes. Los resultados mostraron que una menor capacidad de resolución de problemas era un predictor significativo de distrés psicológico, y que el tiempo desde la intervención quirúrgica no se asoció con distrés por el cáncer. Ambos estudios apoyan la existencia de una relación importante entre la solución de problemas a nivel social y el distrés que provoca el cáncer.

En el estudio transversal llevado a cabo por Classen, Koopman, Angell y Spiegel (1996) donde evaluaron una muestra de 101 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama

avanzado, intentaron determinar la asociación entre estilos de afrontamiento y el ajuste psicológico al cáncer. Además de recoger información sociodemográfica hicieron uso de instrumentos de medida como el POMS (McNair y cols., 1971) para medir malestar emocional, y estilo de afrontamiento dividido en dos dimen: el grado de control emocional de la ansiedad, depresión y rabia, a través del CEC (Courtlaud Emocional Control Scale, Watson y Greer, 1983); y una segunda dimensión relacionada con las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales ante el diagnóstico y el tratamiento, evaluadas con el MAC (Watson y cols., 1989). El espíritu de lucha y la expresión emocional se asociaron mejor ajuste, mientras que no apareció ninguna asociación entre fatalismo o negación y las alteraciones del humor.

Algunos autores han intentado delimitar el afrontamiento específico del tratamiento en lugar de preguntar por el afrontamiento del cáncer en general. Manne, Sabbioni, Bovbjerg, Jacobsen y cols. (1994), exploraron en un estudio transversal, la repercusión del afrontamiento en el afecto de 43 mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia adyuvante. Se obtuvieron varias asociaciones con el afecto, por un lado los síntomas físicos correlacionan con el afecto negativo; y por otro destacaron dos tipos de afrontamiento: el modo de confrontación asociado al afecto negativo, que recuerda a los resultados de Lazarus, Folkman, Dunkel-

Schetter, Delonguis y col. (1986) sobre el afrontamiento de los estresores cotidianos, y el autocontrol asociado al afecto positivo. Como podemos observar, los resultados obtenidos fueron similares a los de otros estudios sobre el afrontamiento general de la enfermedad.

2. El empleo de estas estrategias de enfrentamiento, ¿es estable o varía a lo largo del proceso de enfermedad?

La estabilidad o variabilidad de las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo fue objeto de estudio de Heim, Augustiny, Schaffner y Valach (1993) en un diseño prospectivo longitudinal con 76 mujeres con cáncer de mama. Estos autores observaron que ciertas variables facilitaban la estabilidad de las estrategias de afrontamiento empleadas, tales como el apoyo social, actitudes de aceptación, la negación y la distracción tanto por el pensamiento como por la acción; otras estrategias sin embargo, presentaban mayor variabilidad según la diversidad de modos de afrontamiento posibles a lo largo del proceso de la enfermedad. En otro estudio posterior Heim, Augustiny, Schaffner y Valach (1997) subrayaron la importancia de las medidas relacionadas no sólo con el tiempo si no también con el estadío.

Sherliker y Steptoe (2000) estudiaron la viabilidad de llevar a cabo un control diario de medidas para evaluar el

afrontamiento, el ajuste y los síntomas en 10 pacientes participantes en un ensayo clínico en fase I de un nuevo medicamento antitumoral. La batería de test aplicada diariamente se componía de MAC para ajuste mental, el HAD (Zigmon y Snaith, 1983) como medida de ansiedad y depresión hospitalaria, los síntomas fueron medidos a través de 38 ítems de la versión RSCL (listado de síntomas de Róterdam, Haes de, Knippenberg y Neijt, 1990), los estados emocionales con el POMS (McNair y cols., 1971), y el afrontamiento psicológico con el COPE (Carver y cols., 1989). En general, las respuestas de afrontamiento más frecuentes fueron la de aceptación, reinterpretación positiva y el crecimiento; a lo largo del ensayo hubo variaciones en el afrontamiento a través de la búsqueda de apoyo social siendo más frecuentes durante los períodos de hospitalización. En aquellos pacientes que ignoraban su condición observaron humor positivo a diario y espíritu de lucha; factores inversamente relacionados con los síntomas diarios. Quizá esta aproximación diaria al proceso de afrontamiento de los pacientes permita una comprensión más amplia de la experiencia por la que atraviesan durante los tratamientos.

En general se asume que el afrontamiento es un importante factor mediador en la relación entre acontecimientos estresantes y la adaptación física y psicológica. De los cinco estilos de afrontamiento sugeridos por

Watson y cols. (1988), la preocupación ansiosa, el fatalismo y desesperanza han sido relacionados positivamente con ansiedad y depresión (Watson y cols., 1991). Sin embargo estos estilos no permanecen estables durante el transcurso de la enfermedad sino que cambian como muestra el estudio de Berglund, Bolund, Gustavsson y Sjöden (1994a) con 199 pacientes de cáncer, en su mayoría de mama, al disminuir la intensidad de la preocupación ansiosa, el espíritu de lucha y el fatalismo en los tres meses siguientes al diagnóstico.

Lo mismo sucede con el desarrollo de los problemas psiquiátricos con ansiedad y depresión en su mayoría, cuya prevalencia puede variar entre un 0% - 49%, disminuyendo posteriormente la ansiedad, y en general el malestar emocional, más que la depresión (Berglund, Bolund, Gustavsson y Sjöden 1994b; Van't, Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997). Cassileth, Lusk, Strouse, Millar y cols. (1984) observaron que el estado psicológico de los pacientes con cáncer tres meses después del diagnóstico era comparable al de los pacientes con otras enfermedades crónicas. Todo ello indicaría la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas para conseguir una mejor adaptación psicológica desde el inicio de la enfermedad. Sin embargo, hay también otros estudios que no apoyan estos datos. Parle, Jones y Maguire (1996), en un estudio prospectivo con 673 pacientes recién diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer,

encontraron a los 12 meses de la primera evaluación la presencia de algún trastorno afectivo en un 21% de la muestra, de los cuales tan sólo aparecieron un 14% en el diagnóstico. Estos autores señalan la importancia de la evaluación del proceso de afrontamiento al cáncer, ya que cuando no es adaptativo puede contribuir al comienzo tardío de trastornos afectivos.

En el estudio realizado por Compas y cols. (1999), donde evaluaron una muestra de 80 mujeres de 36 a 80 años en el momento de diagnóstico de cáncer de mama, a los tres y los seis meses de seguimiento, observaron las diferencias en la incidencia de los trastornos emocionales dependiendo de la edad de las pacientes, siendo significativamente mayor en mujeres más jóvenes y disminuyendo su incidencia en etapas posteriores donde se ha ido produciendo un ajuste paulatino de la enfermedad. Los autores señalan que la edad es un factor a considerar en el ajuste psicológico, especialmente en el diagnóstico es donde las mujeres jóvenes presentaban mayor malestar afectivo y mayor tendencia al desarrollo de un afrontamiento menos adaptativo.

3. ¿Qué cuestionario de afrontamiento valoraría de mejor manera las estrategias puestas en marcha por los sujetos con cáncer?

1.7 CRITICAS A LOS ESTUDIOS

Como hemos ido viendo a lo largo de los estudios expuestos, se ha desarrollado un importante cuerpo literario científico y clínico en relación al afrontamiento psicológico en cáncer. Si bien hay estudios que apoya determinados tipos de respuesta de afrontamiento asociados a la enfermedad (Greer y cols., 1979, Temoshok y cols., 1985) otros no han encontrado apoyo empírico consistente (Irving, Brown, Crooks, Roberts y cols., 1991; Buddeberg, Wolf, Sieber y cols., 1996). Por otro lado, se han encontrado relaciones más robustas entre el afrontamiento y el ajuste psicológico (Lampic y cols., 1994; Classen y cols., 1996), donde se están desarrollando un buen número de investigaciones en las últimas décadas.

Algunos autores ponen especial énfasis en el control de los factores biológicos como la localización, estadío, histología del tumor, afectación ganglionar, existencia o no de metástasis, tratamiento, etc, como determinantes del desarrollo de la enfermedad (Watson y Greer, 1998) o como mediadores junto con la incapacidad física, entre el cáncer y el ajuste psicológico (Rodríguez y cols., 1994); a pesar de que en muchos casos no pueda disponerse de toda la información médica necesaria ni de factores pronósticos claros. Sin embargo, muchos estudios difieren en estos aspectos sin tener en cuenta la complejidad intrínseca de cada una de las patologías englobadas en el

término común del cáncer, y en consecuencia las respuestas de afrontamiento que esto supone (Parle y cols., 1996). Buddeberg y cols. (1996) señalan en las conclusiones de su estudio con mujeres con cáncer de mama, que los parámetros somáticos son más importantes en el curso de la enfermedad que los aspectos psicológicos del afrontamiento. Por otro lado Kreitler, Kreitler, Chaitchik, Shaked y col. (1997) examinaron el valor pronóstico de las variables psicológicas y médicas en el curso del cáncer de mama, indicando que ambas podrían predecir un 31% del estado actual y de la supervivencia; las variables médicas a más largo plazo, entre las cuales destacaba el estadio, y de las variables psicológicas el ajuste a la enfermedad, especialmente relacionado con el entorno social y en el terreno sexual.

En relación a los instrumentos de evaluación, una de las críticas recibidas al MAC se debe al factor de negación por estar medido únicamente a través de un solo ítem. En general se reconoce la negación como una reacción al diagnóstico de cáncer que permite a la persona durante un espacio de tiempo asimilar la amenaza que esto conlleva, más que un mecanismo de defensa relacionado con trastornos de personalidad como proponían las teorías psicoanalíticas (Salander, Windahal, 1999). Kreitler (1999) hace una revisión de autores e investigadores sobre el rol y la función de la negación, y concluye que la negación tiene un efecto positivo

en la primera y última fase de enfermedad por hacer disminuir la ansiedad, y negativa cuando interfiere en el tratamiento o impide la asimilación del acontecimiento estresante, además su uso está en función de la severidad de la situación, de la personalidad del paciente y de la influencia cultural. Es por tanto un factor de afrontamiento nada desestimable que requiere una correcta evaluación. Pero la principal crítica metodológica referida a los instrumentos de medida se debe más bien a la diversidad de cuestionarios empleados en las distintas investigaciones, lo que dificulta la extracción de conclusiones unitarias respecto al tipo de respuesta evaluada y obtenida en los resultados. Esto denota igualmente falta de modelos teóricos comunes que guíen la investigación y la intervención en psicooncología (Blanchard y cols., 1995).

También cabe señalar las discrepancias metodológicas sobre el período de seguimiento, el momento de la evaluación (inmediatamente después de diagnóstico o pasado ya un tiempo del mismo) que no siempre queda explícito en algunos estudios. A esto se añade el predominio de estudios transversales y la escasez de longitudinales, por lo que no son frecuentes las asociaciones entre el afrontamiento y el bienestar futuro, que muestren la estabilidad o variabilidad de las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo (Temoshok y Heller, 1984).

Hemos encontrado escasez de publicaciones referidas al afrontamiento de distintas enfermedades crónicas con amenaza o no de la propia vida, que no tengan relación con procesos oncológicos, para determinar si emplean estrategias de afrontamiento similares a la de los pacientes oncológicos.

Por tratarse de muestras clínicas se presentan una serie de problemas inherentes a la investigación en población hospitalaria, en este caso en pacientes con cáncer; los estudios prospectivos son difíciles de llevarse a cabo, la dificultad de la cooperación multidisciplinar donde la psicología sigue siendo vista con recelo, y la dificultad en la recogida de datos de los propios pacientes quienes muchas veces tienen preocupaciones mayores que la de rellenar cuestionarios, son las principales dificultades por la que este tipo de muestras sean normalmente poco numerosas.

A la vista de los resultados y de los estudios expuestos, y en atención a todas estas críticas y limitaciones metodológicas, hemos buscado llevar a cabo el más cuidadoso diseño de investigación, en el intento de esclarecer algunos interrogantes todavía pendientes.

Objetivos

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Establecer las relaciones entre los cuestionarios MAC, específico de afrontamiento al cáncer, y algunos de los cuestionarios de afrontamiento general más utilizados, Ways of Coping (WCS), inventario de estrategias de afrontamiento CSI, e Inventario multidimensional de afrontamiento COPE.
2. Verificar la estructura factorial del cuestionario MAC.
3. Obtener las puntuaciones diferenciales en las estrategias de afrontamiento en función de las variables sociodemográficas y clínicas recogidas.
4. Agrupar a los pacientes en función de las estrategias de afrontamiento que aparecen en el cuestionario MAC
5. Comparar en función de estos grupos las posibles diferencias en el resto de estrategias de afrontamiento evaluadas por los otros tres cuestionarios.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Metodología

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

3. METODOLOGIA

3.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra total evaluada es de 150 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, recogidas en el Servicio de Oncología Médica de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Los criterios de inclusión fueron mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

El momento en el que fueron evaluadas, fue a la semana de haber sido intervenidas quirúrgicamente, es decir después de haberles realizado una mastectomía (extirpación quirúrgica de una o ambas mamas) o un cuadrantectomía (extirpación quirúrgica del cuadrante de la mama donde se encuentra el tumor), momento en el que todas habían sido informadas del posterior tratamiento.

Las pacientes fueron diagnosticadas de distintos tipos de cáncer de mama y distintos estadios de la enfermedad. La **distribución total por estadios** fue la siguiente:

En el gráfico 1 se nos muestra como el 43% de las pacientes de nuestro estudio se encuentran en un estadio I de

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

la enfermedad, el 52% en un estadio II, un 3% en el estadio III y un 2% en el estadio IV.

Gráfico 1. *Estadios de la enfermedad.*

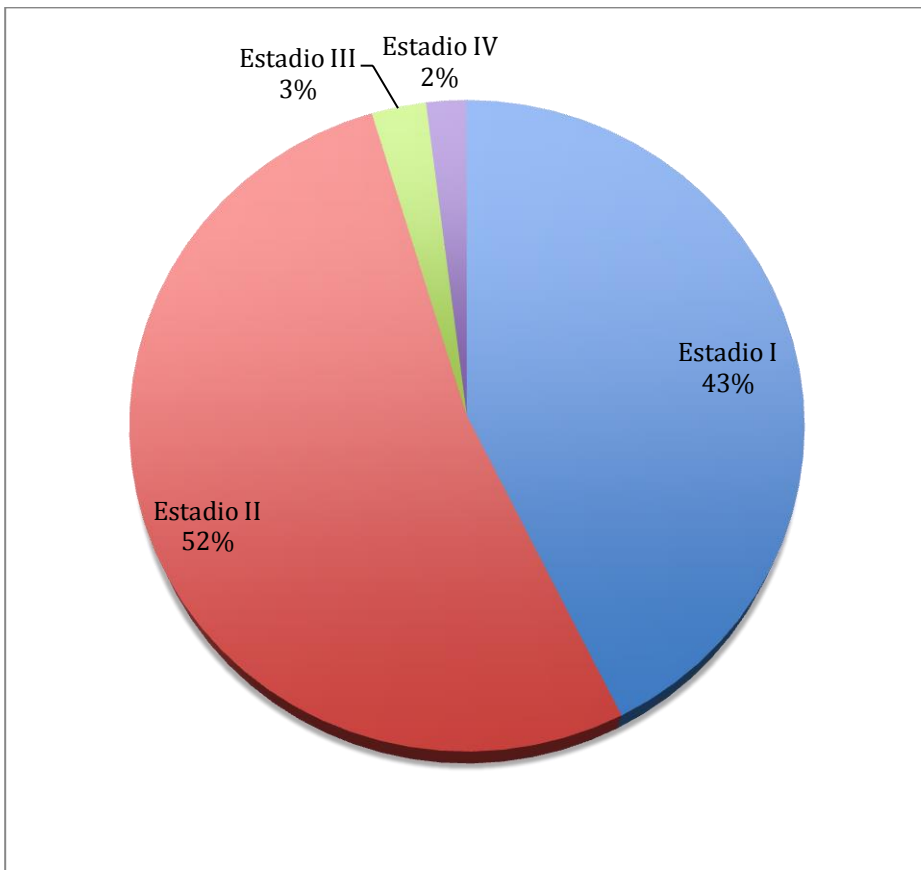
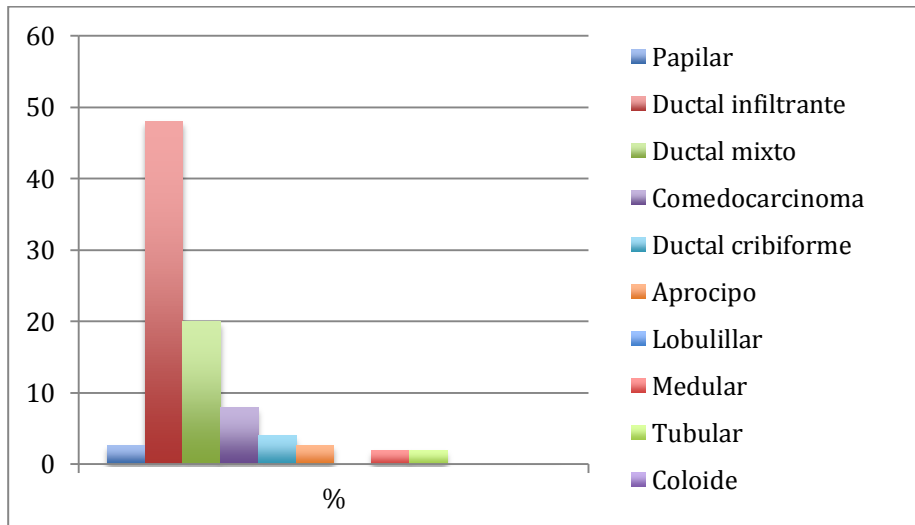


Gráfico 2. *Distribución por diagnósticos.*



El 48% (N=72) de la muestra padece un carcinoma ductal infiltrante, un 20% (N=30) presentaría un carcinoma ductal mixto, el resto de pacientes padecería distintos tipos de tumores a nivel histológico los cuales estarían entre el 8% y el 0.7% de la muestra tal y como consta en la tabla 1.

Esta información es utilizada para una mejor descripción de la muestra pero no sería relevante a la hora de la investigación como posible variable de estudio, ya que las pacientes no sabían en el 90% de los casos el tipo de tumor que padecían.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

En cuatro pacientes de nuestra muestra aparecen metástasis en otros órganos lo cual correspondería al 2,7% de la muestra.

Tabla 1. *Distribución por diagnósticos.*

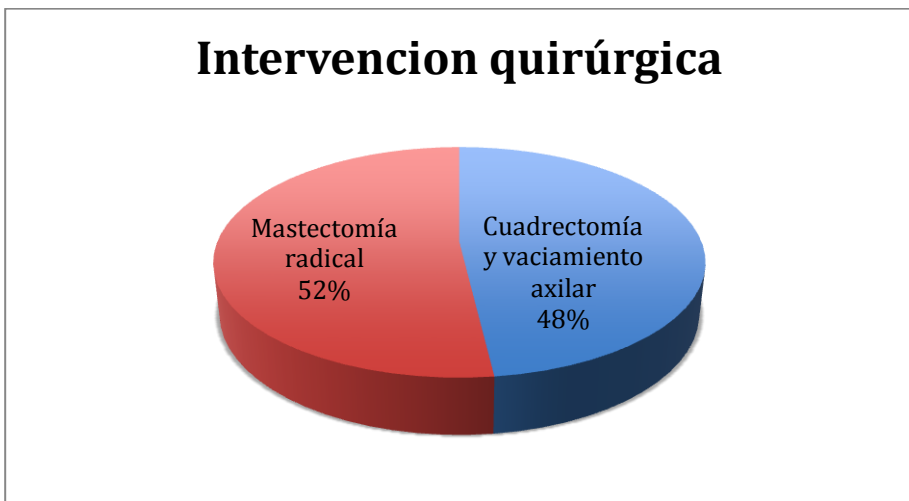
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
papilar	4	2,7
ductal infiltrante	72	48,0
ductal mixto	30	20,0
comedocarcinoma	12	8,0
ductal cribiforme	6	4,0
apocrino	4	2,7
lobulillar	13	8,7
medular	3	2,0
tubular	3	2,0
coloide	1	0,7
enfermedad de Paget	1	0,7
indiferenciado	1	0,7
Total	150	100

El tipo de intervención a las que se han sometido las pacientes quedaría distribuida de la siguiente manera, tal y como aparece en el gráfico 3:

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Cuadrectomía y vaciamiento axilar (Q+VAX): 72 pacientes - 48,1 % de la muestra.
- Mastectomía radical (MRM): 78 pacientes - 51,9% de la muestra.

Gráfico 3. *Tipo de intervención quirúrgica*



Observamos como el 41.3% de la muestra recibe un tratamiento de quimioterapia y radioterapia, el 36% recibió solo tratamiento de quimioterapia, el 8,7% recibió radioterapia, el 4% radioterapia y hormonoterapia, el 3.3% hormonoterapia, el 2% quimioterapia, radioterapia y Tamoxifeno, otro 2% quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, un 0.7%

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

quimioterapia y Tamoxifeno, y otro 0.7% quimioterapia y hormonoterapia. Tabla 2.

Tabla 2. *Tipo de tratamiento administrado.*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
quimioterapia	54	36,0
radioterapia	13	8,7
quimio + radio	62	41,3
hormonoterapia	5	3,3
quimio y hormonoterapia	1	0,7
radio y TAMO	2	1,3
quimio y TAMO	1	0,7
quimio, radio y TAMO	3	2,0
radio y hormonoterapia	6	4,0
quimio, radio y hormonoterapia	3	2,0
Total	150	100

A continuación haremos una descripción detallada de cada una de las variables que se han estudiado en la muestra, incluyendo las ya mencionadas anteriormente, dividiéndolas en tres categorías:

- Variables Sociodemográficas

La edad media de las mujeres estudiadas es de 52,11 años con una desviación típica de 10,51 teniendo la menor de ellas 29 años y la mayor de ellas 79 años (tabla 3). La media en número de hijos la encontraríamos en 2,46 (tabla 3). Podemos observar que el porcentaje más elevado en el estado civil es el de mujeres casadas con un 77% seguido del de viudas con un 12%, solteras un 7%, y divorciadas o separadas con un 4% (Gráfico 4). En relación a la profesión el porcentaje más alto lo encontraríamos en mujeres amas de casa 64%, seguido de funcionarias y profesionales libres con un 10% (Gráfico 5).

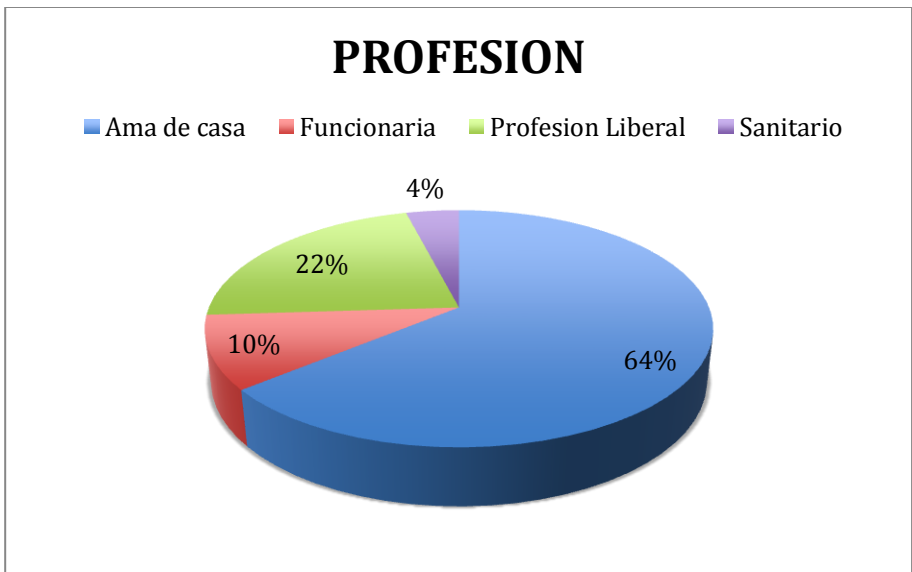
Tabla 3. *Edad y número de hijos*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típ.</i>
Edad (años)	150	29	79	52,11	10,51
Nº de hijos	150	0	6	2,46	1,214

Gráfico 4. *Estado Civil.*



Gráfico 5. *Profesión*



- Variables clínicas

Haciendo referencia a las variables clínicas recogidas nos encontramos con que el 48% de la muestra padecería un cáncer de mama de tipo ductal infiltrante, seguido de un 20% por el ductal mixto, el resto de los tipos de tumores encontrados desde el punto de vista histológico no superaría el 9% de frecuencia en ninguno de los casos. (Tabla 1.)

Con respecto al período libre la enfermedad encontramos que a 137 mujeres de la muestra (91,3%) se les diagnosticó la enfermedad en una revisión o habiendo pasado menos desde un mes desde que se notaron el primer síntoma o anomalía en la mama, y las 13 restantes (8,7%) tardaría entre 12 y 240 semanas. (Tabla 4)

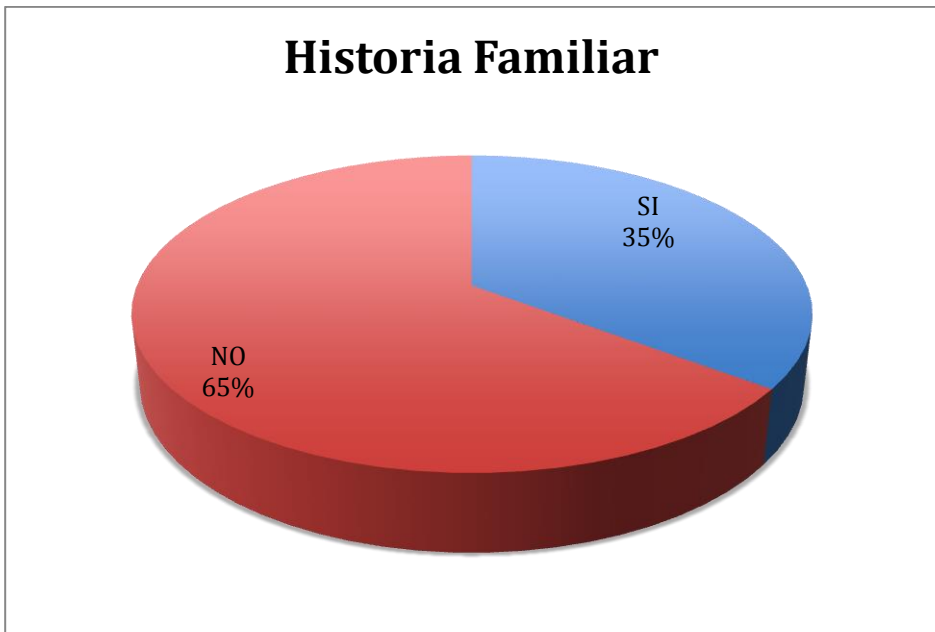
Tabla 4. Periodo libre de la enfermedad.

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típ.</i>
Tiempo libre de enfermedad (meses)	150	0	240	7,85	33,08

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Por último haciendo referencia a la historia familiar previa de cáncer de mama observamos que en el 64,7 % de la muestra no aparecen antecedentes mientras que en el 35,3 % de la muestra tendríamos historia de cáncer de mama en algunos de los distintos niveles de parentesco. (Gráfico 6)

Gráfico 6. *Historia familiar*

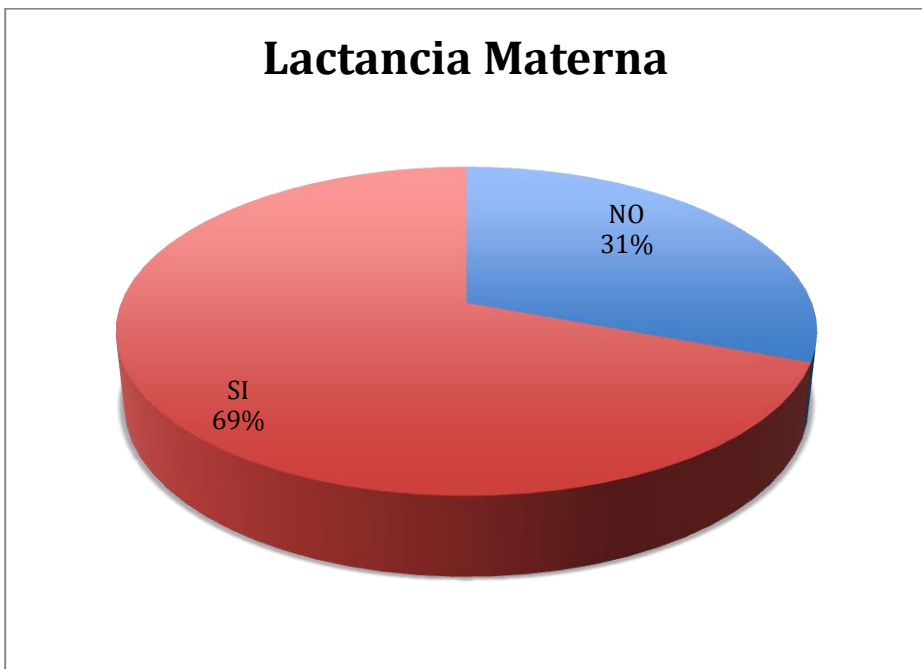


En la descripción de la muestra nos encontramos que el número de mujeres que tuvieron hijos es de 139, y de las mismas 104 dieron lactancia materna a sus hijos es decir el 74,8%, y 35 no por lo tanto el 25,2%, si a esto añadimos el porcentaje de mujeres que no tuvieron hijos, es decir tenemos

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

en cuenta a las 150 mujeres de nuestra muestra, las mujeres que si dieron lactancia materna a sus hijos fue de 104 (69,3%) y las que no dieron lactancia materna o no tuvieron hijos fue de 46 mujeres (30,7%). (Gráfico 7)

Gráfico 7. *Lactancia materna*



- Variable Psicológica

Tenemos en cuenta también en nuestro trabajo si las pacientes habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico

previo, el 66% (N=99) de las pacientes no habían recibido tratamiento previo de ningún tipo, mientras el 34%(N=51) restante habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo (Gráfico 8). El 26% habían sido diagnosticada de trastornos por depresión, el 6,7% de trastornos por ansiedad, el 0,7 padecían trastorno mixto por ansiedad y depresión, y otro 0.7 por trastorno bipolar.

Gráfico 8. *Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo a la enfermedad.*



3.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La recogida de los datos se realizó a través de los cuestionarios de tipo autoinforme que se describen a continuación:

1) Formulario Epidemiológico.

Se elaboró este formulario con el fin de recoger datos sociodemográficos principales de la muestra, y demostrar que todas ellas arrojaban datos homogéneos y equiparables entre sí. Se obtenía información sobre edad, estado civil, número de hijos, diagnóstico, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento, tiempo transcurrido entre aparición de primer síntoma y acudir al médico, tratamiento psicológico o psiquiátrico previo, historia de antecedentes familiares con enfermedad oncológica, y aquellas que tuvieran hijos se les preguntaba sobre la lactancia (ver anexo) .

2) Cuestionario de afrontamiento Ways of Coping (WCS). Folkman y Lazarus (1984).

Estos autores entendían el afrontamiento como un proceso de categorizar un acontecimiento y todas sus facetas, con respecto a su significado de bienestar. Las estrategias de afrontamiento han sido conceptualizados en términos de tres

perspectivas principales: procesos del ego, rasgos, y estrategias contextuales; y para ello crearon este cuestionario que era una modificación de uno anterior el Ways of Coping Checklist (Lazarus y Folkman, 1980)

El cuestionario mide los factores de:

- Planificación: Esfuerzos centrados en el problema para alterar la situación junto a una aproximación analítica para resolver el problema
- Confrontación: Esfuerzos para controlar la situación mediante acciones directas. Comporta cierta hostilidad, agresividad y riesgo con relación al ambiente o las personas implicadas
- Búsqueda de Apoyo Social: Búsqueda de consejo, asesoramiento, información o comprensión y apoyo moral
- Aceptación de la Responsabilidad: Reconocimiento del propio papel en el problema e incluso aplicación de autocríticas por el problema o disculparse
- Autocontrol: Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones, así como acciones tales como repasar mentalmente lo que diría o haría o cómo operaría alguien admirado por la persona e incluso esconder los sentimientos a los demás
- Huida-Evitación: Es diferente huir o evitar que distanciarse. Hacer cosas que le eviten enfrentarse al

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

problema como dormir, comer, fumar o beber más de lo habitual. Desplazar la ira hacia los demás, confiar en los milagros o en que esa situación se desvaneciera e incluso fantasear con lo que le gustaría que fuese

- Distanciamiento: Esfuerzos por separarse de la situación y creación de un punto de vista positivo. Tiene que ver con el deseo de no implicarse y luchar por que no le afecte demasiado
- Reevaluación Positiva: Esfuerzos para crear una situación positiva centrándose en el desarrollo personal, la fe, tomar una situación como enriquecedora o madurar como persona

Consta de 50 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, según se acerque más a lo que la persona piensa, hace o siente. Las equivalencias son las siguientes: 4=Totalmente utilizado, 3=Bastante utilizado, 2=Un poco utilizado, 1=No en absoluto utilizado.

3) Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) desarrollado por Amirkhan, J.H. (1990).

Inventario formado por 33 ítems, y compuesto por tres escalas, con respuestas tipo Likert: 4=Totalmente utilizado, 3=Bastante utilizado, 2=Un poco utilizado, 1=No en absoluto utilizado:

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Búsqueda de Apoyo Social: surge como una tan estrategia independiente, que sugiere que el contacto humano es valorado tanto por razones instrumentales como por ayuda paliativa.
- Solución de Problemas: es una estrategia de tipo instrumental, que implica la manipulación del estresor teniendo conciencia del mismo.
- Evitación: refleja un subconjunto de respuestas centradas en la emoción, las cuales implican alguna forma de retirada.

4) Inventario multidimensional de afrontamiento COPE desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989).

Se trata de un cuestionario que se ha construido exclusivamente a partir de modelos teóricos. De hecho se basa en dos modelos teóricos, el modelo de estrés de Lazarus y el modelo de autorregulación conductual de los propios autores (Carver y Scheier, 1981, 1983,1985; Scheier y Carver, 1988). Para desarrollarlo los autores obtuvieron un conjunto de nueve escalas, a las que añadieron otras cuatro en base, según afirman, en base los precedentes empíricos que habrían demostrado su importancia, aunque algunas de las escalas de este cuestionario estén escasamente avalada como la de la “aceptación” o volverse hacia la religión”.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Una vez construida la primera versión se pasó a un proceso de refinamiento del instrumento, con eliminación e inclusión de nuevos ítems. Finalmente, y utilizando la técnica del análisis factorial, el resultado fue un cuestionario compuesto por 53 ítems, con 14 factores distintos, las puntuaciones obtenidas en los sujetos de nuestra investigación, se valorarían por medio de una escala Likert de 4 puntos donde: 4=Totalmente utilizado (cuando lo hace desde siempre hasta el día de hoy), 3=Bastante utilizado (cuando lo haga con frecuencia), 2=Un poco utilizado (cuando lo haya hecho por lo menos una vez), 1=No en absoluto utilizado (cuando nunca lo haya hecho):

- Afrontamiento activo: Se refiere al proceso de toma de pasos sucesivos, o de manera ordenada, para eliminar o disminuir los efectos del estresor. Incluye acciones directas, incremento en los esfuerzos personales e intentos por la puesta en práctica de estrategias sucesivas para hacer frente al problema directamente.
- Planificación: Referido al pensamiento sobre cómo hacer frente a un estresor. Conlleva la elaboración de estrategias, reflexionar sobre qué pasos dar y cuál pueda ser la mejor forma de resolver el problema (la planificación se produce en la fase de evaluación secundaria, mientras que el afrontamiento activo en la fase de afrontamiento).

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Eliminación de actividades interferentes: Se entiende como la puesta en segundo plano de otros proyectos o actividades, pretendiendo evitar la distracción del problema por la interferencia de otros problemas.
- Afrontamiento restringido: Es esperar hasta la aparición de la oportunidad apropiada para actuar, para evitar las actuaciones precipitadas. Es una estrategia activa en el sentido de que la persona se centra en el manejo del estresor, pero también es una estrategia pasiva en el sentido de que el detenerse quiere decir no actuar.
- Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Es la búsqueda de consejo, asistencia o información. Esto es afrontamiento centrado en el problema.
- Búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales: Es la búsqueda de apoyo moral, simpatía o comprensión. Este es afrontamiento centrado en el problema.
- Desahogo de emociones: La concentración excesiva en las emociones puede limitar la capacidad de afrontamiento adaptativo de un individuo (luto, que impide la adaptación).
- Retirada comportamental: Reducen el esfuerzo a hacer frente al estresor, así como la renuncia a metas cuando el estresor interfiere. Puede resultar disfuncional en muchas circunstancias.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Retirada mental: La retirada mental se refiere a aquellas acciones (varias) que sirven para distraer a la persona de la meta que pretenden alcanzar cuando el estresor la está interfiriendo. Se relaciona negativamente con la estrategia de eliminación de actividades interferentes, que supone justamente lo contrario.
- Reinterpretación positiva y crecimiento: Escala tomada de Lazarus y cols. (1984) (reevaluación positiva), una forma de afrontamiento centrado en la emoción. Por otra parte, la construcción de una transacción estresante en términos positivos lleva, implícitamente, a la persona a continuar las acciones activas y centradas en el problema.
- Negación: Aspecto que emerge, en algunas ocasiones, en la evaluación primaria. Implica aspectos polémicos. Por una parte, la negación puede minimizar el distrés y facilitar el afrontamiento. Por otra, se considera que la negación, únicamente genera problemas adicionales, salvo que el estresor pueda realmente ignorarse. Un tercer aspecto indica que la negación puede resultar útil en las primeras etapas de una transacción, pero impide el afrontamiento a largo plazo. Se considera que la escala implica un rechazo a la creencia de que el estresor existe o como un intento hacia la consideración de que el estresor no es real.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Aceptación: El aspecto opuesto a la negación es la aceptación. Supone que la persona se implica en el manejo de la situación. Puede suponer tanto la consideración de que una persona puede acomodarse al estresor, como que el estresor se acepta porque puede alterarse o cambiarse con cierta facilidad.
- Religión: La religión puede servir como una fuente de apoyo emocional, como una forma de reinterpretación positiva y crecimiento y, también, como una táctica de afrontamiento activo. Aquí se considera la estrategia como una tendencia religiosa en momentos de estrés o preocupación.
- Retirada con alcohol y/o drogas.

5) Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) Watson, Greer, Inayat, Burgess, y Robertson. (1988)

Esta escala, fue creada específicamente para medir la cantidad de respuestas que los pacientes adoptan ante el cáncer a lo largo del proceso de enfermedad (desde el diagnóstico al tratamiento). Consta de 40 ítems repartidos en tres subescalas: respuestas al diagnóstico, respuestas de afrontamiento y tipos de ajuste; y cinco factores principales relacionados con los cinco estilos de afrontamiento del cáncer, cada ítem se puntúa con una escala tipo Lickert de 1 a 4, siendo 1=Nada, 2=Un poco, 3=Bastante y 4= Mucho:

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Espíritu de lucha: el paciente recibe el diagnóstico como un reto sobre el que puede ejercer algún control, dando una respuesta activa de afrontamiento por la cual el paciente se involucra en conductas que favorecen su adaptación a la enfermedad y participación en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, con actitud optimista sobre el pronóstico y aceptando el diagnóstico.
- Indefensión/desesperanza: el paciente está hundido por el diagnóstico de cáncer, siente que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad por lo que adopta una actitud pesimista y desesperanzada. Esta actitud puede incluso afectar a otras esferas de su vida en las que dejará de realizar actividades cotidianas.
- Preocupación ansiosa: el sujeto percibe la enfermedad como una gran amenaza para su vida lo cual le produce un sentimiento constante de preocupación, ansiedad y falta de control sobre su pronóstico; teme que cualquier malestar o dolor sea indicativo de diseminación o recurrencia del cáncer y busca verificarlo constantemente. Las estrategias de afrontamiento que emplea como la búsqueda de información compulsiva, lejos de permitirle una mejor adaptación, le lleva a incrementar su nivel de ansiedad.

- Fatalismo/aceptación estoica: El paciente acepta el diagnóstico con resignación o actitud fatalista sintiendo que no puede ejercer ningún control sobre los acontecimientos; por lo cual no desarrolla ninguna estrategia de afrontamiento activo.
- Negación-evitación: el paciente rechaza el diagnóstico de cáncer o minimiza su seriedad, evitando así pensar en la enfermedad sobre la cual no se percibe la amenaza y por tanto no pone en marcha ningún mecanismo para hacerle frente.

3.3 PROCEDIMIENTO

En la presente investigación hemos llevado a cabo un estudio descriptivo correlacional, con el fin de evaluar las relaciones existentes entre un cuestionario específico de afrontamiento (MAC) y otros cuestionarios que también evalúan afrontamiento de manera más general. Todos ellos son instrumentos muy utilizados en la literatura científica. Los cuestionarios empleados son los siguientes:

- Ways of Coping (WCS). Susan Folkman & Richard S. Lazarus (1984).

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) desarrollado por Amirkhan J.H. (1990).
- Inventario multidimensional de afrontamiento COPE desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989).

Y uno de ellos específico de Afrontamiento en cáncer:

- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) de Watson, Greer, et al. 1988.

A parte de estos cuestionarios en una entrevista inicial se recoge la información sociodemográfica y clínica de cada una de las pacientes que configuraron la muestra:

- edad.
- estado civil.
- número de hijos.
- diagnóstico.
- estadio de la enfermedad.
- tipo de tratamiento.
- tiempo transcurrido entre aparición de primer síntoma y acudir al médico.
- tratamiento psicológico o psiquiátrico previo.
- historia de antecedentes familiares con enfermedad oncológica.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- aquellas que tuvieran hijos se les preguntaba sobre la lactancia.

Los datos de las pacientes participantes se obtuvieron a las 48-72 horas de haber sido intervenidas quirúrgicamente y todas ellas habiendo sido diagnosticada previamente de cáncer de mama.

De acuerdo con los listados de quirófanos se pasaba a entrevistar a cada una de las pacientes de manera individual. Se les realizaba la presentación del estudio y se les pedía la colaboración voluntaria, a continuación se rellenaban los datos sociodemográficos y después se les entregaban los distintos cuestionarios de uno en uno, los cuales debían de cumplimentar en ese momento.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en cualquiera de sus estadios.
- Edades comprendidas entre los 25 y 80 años.
- No haber padecido anteriormente ningún otro proceso oncológico, ni padecer ninguna otra patología crónica asociada.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Haber padecido anteriormente algún trastorno oncológico.
- Padecer alguna otra enfermedad amenazante para su fase.
- Encontrarse en fase Terminal.
- Existencia de algún trastorno neuropsicológico o sospecha de metástasis cerebral que pudiera afectar a su capacidad cognitiva.
- Dificultades de comprensión del contenido de los ítems de los cuestionarios o del procedimiento para contestar adecuadamente.

El nivel de participación fue elevado en la mayoría de la muestra y las pacientes entendían y comprendían bien las preguntas de los distintos cuestionarios, todas ellas aceptaron participar en la investigación. Se les informó del objetivo del estudio y se le garantizó la confidencialidad de sus datos.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Resultados

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

4. RESULTADOS

4.1 CONSISTENCIA INTERNA O FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS

Se realiza este análisis para obtener los índices de fiabilidad de cada una de las escalas nuestra investigación con la finalidad de determinar si podemos confiar o no en estas medidas, la prueba utilizada ha sido el alfa de Cronbach.

Analizando la consistencia interna de cada una de las escalas del WCS nos encontramos con los índices de fiabilidad de alfa de Cronbach que a continuación detallamos. Tabla 5.

Tabla 5. *Fiabilidad del WCS.*

<i>Escalas</i>	<i>Ítems</i>	<i>α de Cronbach</i>
Aceptación de la responsabilidad	5, 19, 22, 42	0.58
Autocontrol	6, 10, 27, 34, 44, 49, 50	0.42
Búsqueda de apoyo social	4, 14, 17, 24, 33, 36	0.43
Confrontación	2, 3, 13, 21, 26, 37	0.08

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Distanciamiento	8, 9, 11, 16, 32, 35	0.53
Huida-Evitación	7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47	0.57
Planificación	1, 20, 30, 39, 40, 43	0.38
Reevaluación positiva	15, 18, 23, 28, 29, 45, 48	0.59

La escala de aceptación de la responsabilidad tiene una fiabilidad de 0.58, para los cuatro ítems de los que consta esta escala. La escala de Autocontrol consta de 7 ítems con una fiabilidad del 0.42. La escala de búsqueda de apoyo social, tendría una fiabilidad e 0.43 para los 6 ítems que la componen, la escala de Confrontación es de 0.08, la escala de distanciamiento con un índice de fiabilidad 0.44, aumentaría hasta un 0.53 si eliminaríamos uno de los ítems que componen este cuestionario en concreto el ítem numero 8 (Seguí adelante con mi destino simplemente a veces tengo mala suerte), la escala de huida-avoidación tendrá una fiabilidad del 0.57 de los 8 ítems que la componen, la escala de planificación tendría uno de los índices de fiabilidad más bajos de todas las escalas que componen el cuestionario, este sería 0.38. Esta escala consta

de 6 ítems, y la escala de reevaluación positiva obtiene un índice de fiabilidad del 0.59 y consta de 7 ítems.

Por lo tanto, debido a la baja consistencia interna que muestran algunas escalas se ha procedido a eliminarlas del estudio. Las escalas que eliminamos de nuestra investigación son las de Autocontrol, Búsqueda de Apoyo Social, Distanciamiento, Confrontación y Planificación, es resto al ser inferiores a 0.6 los resultados los tomaremos con cautela.

Las escalas que componen este cuestionario CSI tendrían los siguientes índices de fiabilidad de alfa de Cronbach. Tabla 6.

Tabla 6. *Fiabilidad del CSI.*

<i>Escalas</i>	<i>ítems</i>	<i>α de Cronbach</i>
Búsqueda de apoyo social	1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32	0.87
Evitación	4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30	0.62
Solución de problemas	de 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33	0.71

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

La escala de búsqueda de Apoyo social, tendría un índice de fiabilidad de 0.87 para los 11 ítems que la componen, la escala de evitación un alfa de 0.62 y consta de 11 ítems. Y la de solución de problemas, consta de 11 ítems y la fiabilidad de los mismos es de 0.71.

Observamos que la única escala con criterios de fiabilidad baja y que supondría la retirada de la misma sería la de evitación.

Las 14 escalas de las que se compone el COPE, estarían formada por 4 ítems cada una de ellas. La fiabilidad o consistencia interna de cada una de las escalas es la siguiente. Tabla 7.

Tabla 7. *Fiabilidad del cuestionario COPE.*

<i>Escalas</i>	<i>Ítems</i>	<i>α de Cronbach</i>
Aceptación	20, 34, 36, 42	0.79
Afrontamiento restringido	7, 16, 22, 35	0.02
Afrontamiento activo	4, 9, 12, 24	0.21

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	11, 19, 21, 33	0.80
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	3, 14, 23, 30	0.80
Desahogo de emociones	29, 40, 41, 47	0.75
Eliminación de actividades interferentes	8, 10, 15, 26	0.55
Negación	1, 31, 43, 52	0.56
Planificación	6, 17, 48, 51	0.73
Reinterpretación positiva	18, 25, 27, 32	0.75
Religión	13, 28, 38, 44	0.92
Retirada comportamental	37, 39, 45, 50	0.61
Retirada mental	2, 5, 46, 49	0.13

La escala de aceptación tendría un alfa de 0.79, la de afrontamiento restringido tendría un alfa de 0.02, afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

activo con un alfa de 0.21, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales un alfa de 0.80, búsqueda de apoyo social por razones emocionales un alfa de 0.80, desahogo de emociones: alfa de 0.75, eliminación de actividades interferentes: alfa de 0.55, la escala de negación presentaría un alfa de 0.56, la de planificación presentaría un alfa de 0.73, la escala de reinterpretación positiva con un alfa de 0.75, la escala de religión tiene un alfa de 0.87. Y si eliminamos el ítem 28 (recé más de lo habitual) se llegaría incluso a una fiabilidad del 0.92, la más alta de todas las escalas estudiadas, la escala de retirada con alcohol y drogas, sólo consta de un ítem, por lo que el análisis no es procedente; la escala de retirada comportamental tiene un alfa de 0.61; y por último la escala de retirada mental tendría un alfa de 0.13

Con todo lo anterior podríamos concluir que la consistencia interna encontrada en el cuestionario COPE sería alta, por lo que mediría de forma óptima las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, sólo las escalas de afrontamiento activo, afrontamiento restringido y retirada mental no presentarían índices significativos por lo que quedarían fuera

Y por último calcularemos a continuación los índices de fiabilidad de las cinco escalas de las que está compuesto este cuestionario MAC. Tabla 8.

Tabla 8. *Fiabilidad del cuestionario MAC.*

<i>Escalas</i>	<i>Ítems</i>	<i>α de Cronbach</i>
Espíritu de Lucha	4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40	0.75
Desesperanza	2, 9, 17, 23, 25, 36	0.72
Fatalismo	7, 8, 12, 15, 24, 33, 35, 39	0.26
Preocupación ansiosa	1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37	0.39

En la escala de espíritu de lucha obtenemos un alfa de 0.75 para los 16 ítems de los que se compone la escala, en la escala de desesperanza tenemos un alfa de 0.72 para los 6 ítems, la escala de fatalismo tiene un alfa de 0.26, y la componen 8 ítems; para la escala de preocupación ansiosa y los 9 ítems de los que consta presentan un alfa de 0.39; y por último la escala de evitación al constar de un único ítem el análisis de fiabilidad no es viable. Por tanto observamos como solo las escalas espíritu de lucha, desesperanza y evitación presentaría unos índices significativos de fiabilidad.

Con todos estos análisis y resultados podemos observar, que de los cuestionarios utilizados el más eficaz a la hora de medir estrategias de afrontamiento en nuestra muestra sería el COPE, aun utilizándose el MAC para este tipo de muestra de manera específica

4.2 DESCRIPTIVOS DE AFRONTAMIENTO

Llevamos a cabo un análisis descriptivo de cada una de las escalas de afrontamiento de los cuestionarios con los que trabajamos, eliminando aquellas escalas en las que los índices de fiabilidad no han sido significativos. Los resultados encontrados nos muestran como la escala de espíritu de lucha del MAC presentaría la media más alta 51.78 es decir la mayoría de nuestras pacientes se enfrentan a la enfermedad con la estrategia de afrontamiento de espíritu de lucha, y la estrategia menos utilizada la de retirada comportamental con una media de 4.86.

Tabla 9. *Descriptivos de afrontamiento.*

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típ.</i>
acep.res	150	6,73330	2,44034
hui.evi	150	15,20000	4,55540
reev.pos	150	15,90670	4,73506
sol.prob	150	28,42000	6,50479
bas.csi	150	27,48000	9,40564
evitación	150	20,43330	5,57730
plancope	150	11,12670	4,07200
act. interferentes	150	9,42670	3,15026
basri	150	9,48000	4,66994
basre	150	12,62670	3,69572
r.pos.cr	150	10,43330	4,09848
aceptación	150	14,18670	2,89500
religión	150	12,62670	4,10197
des.emoc	150	8,94670	3,69252
negación	150	7,49330	2,61320
ret.comp	150	4,86000	1,82094
esp.luc	150	51,78000	7,59890
desamparo	150	8,60670	3,69636
N válido (según lista)	150		

4.3 ANÁLISIS DE CORRELACIONES

En este apartado de nuestra investigación pretendemos relacionar las tres escalas del MAC con el resto de escalas de cada uno de los cuestionarios que hemos utilizado, con la finalidad de determinar el grado de relación estadística existente entre las escalas, para ello utilizaremos la correlación bivariada de Pearson. Tabla 10.

Tabla 10. *Correlación.*

	<i>ESP. LUCHA DESAMPARO EVIT. MAC</i>		
DESAMPARO	-0,389**		
EVIT. MAC	0,148	0,055	
ACEPTACION RES.	0,022	0,270**	0,148
HUID. EVI.	-0,105	0,355**	0,044
REEV. POSITIVA	0,277**	-0,036	0,132
SOL. PROBLEMA	0,325**	-0,356**	0,003
BAS. CSI	0,198*	-0,235**	-0,033
EVITACION	-0,084	0,246**	-0,127

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

PLAN. COPE	0,289**	-0,374**	0,040
ACT. INTER.	-0,178*	0,342**	-0,016
BASRI	0,070	-0,140	0,012
BASRE	0,134	-0,123	-0,118
R. POS. CR	0,458**	-0,371**	0,108
ACEPTACION	0,487**	-0,426**	0,010
RELIGION	0,139	0,004	0,136
DES. EMOCIONAL	-0,289**	0,328**	-0,102
NEGACION	0,021	0,174*	0,139
RET. COMPORT.	-0,257**	0,532**	0,059
RET. DROGAS	-0,077	0,001	0,096

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

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

Atendiendo a la tabla 10 la correlación que encontramos entre el MAC y el WCS, podemos destacar que:

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- la escala de aceptación de la responsabilidad (WCS) correlaciona positivamente con la escala de desamparo del MAC
- la escala de huida- evitación (WCS) se relaciona positivamente con la escala de desamparo del MAC
- la escala de reevaluación positiva (WCS) correlacionaría de un modo positivo con la escala de espíritu de lucha del MAC

Atendiendo a la relación entre el cuestionario MAC y el cuestionario CSI, destacamos que:

- La escala de solución de problemas (CSI) se relacionaría de modo positivo con la escala de espíritu de lucha (MAC) y de modo negativo con la escala de desamparo (MAC).
- La escala de búsqueda de apoyo social (CSI) obtendría una relación positiva con la escala de espíritu de lucha (MAC) y de negativa con la escala de desamparo (MAC)
- La escala de evitación (CSI) se encontró correlacionada con la escala de desamparo (MAC).

Del mismo modo de la relación entre el cuestionario MAC y el cuestionario COPE destacamos que:

- La escala de planificación (COPE) relaciona positivamente con espíritu de lucha (MAC) y negativamente con la escala de desamparo (MAC)
- La escala de eliminación de actividades interferentes (COPE) correlacionaría negativamente con la de espíritu de lucha (MAC) y positivamente con la escala de desamparo (MAC).
- La escala de reinterpretación positiva (COPE) se relaciona positivamente con la escala de espíritu de lucha (MAC) y negativamente con la escala de desamparo (MAC)
- La escala de desahogo de emociones (COPE) correlacionaría de modo negativo con espíritu de lucha (MAC) y de modo positivo con desamparo (MAC)
- La escala de negación (COPE) obtendría un índice que correlaciona positivamente con la escala de desamparo

- La escala de retirada comportamental (COPE) relaciona de manera negativa con la escala de espíritu de lucha (MAC) y de manera positiva con la escala de desamparo (COPE).
- El resto de escalas del COPE (búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, religión y retirada con alcohol y drogas) no tendrían ningún tipo de correlación con ninguna de las escalas del MAC.

Así pues podemos destacar que el cuestionario MAC se relaciona más con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema que con las estrategias de afrontamientos centradas en la emoción del resto de cuestionarios utilizados en nuestro estudio

4.4 ANALISIS FACTORIAL

El segundo objetivo planteado en este trabajo fue verificar la estructura factorial del cuestionario MAC, para ello se realizaron diversos análisis factoriales exploratorios (AFE) siguiendo el método de extracción de componentes principales (ACP). Para determinar el número de factores a retener se utilizaron dos criterios: criterio de Kaiser (1953) y criterio scree test de Cattell (1966), atendiendo también al número de escalas

planteadas por el cuestionario siguiendo así las recomendaciones de algunos autores (Hair, Tatam et al, 1998).

Para la obtención de la estructura simple se optó por la rotación ortogonal (varimax), dado que es lo planteado por los autores del cuestionario.

El índice de adecuación muestral (KMO) fue de .734 ($p < .000$). Inicialmente se obtuvo siguiendo el criterio de Kaiser un número de factores muy superior al esperado (12 factores), mientras que el criterio de scree test nos indicaba la presencia de tres o cuatro. Los 12 factores no resultaban interpretables y dado que el cuestionario aporta 4 escalas o factores y ello coincidía con lo obtenido siguiendo el criterio de scree test se optó por forzar a este número (4) para comprobar si aparecía la estructura indicada por los autores.

Hablamos de 4 factores porque la escala de Evitación-Negación del MAC sólo está evaluada a través de un único ítem el cual se eliminó del análisis por no representar factor alguno.

A partir de estos resultados se eliminaron aquellos ítems que no cumplían el mínimo de saturación de 0,3 que fue el punto de corte establecido (los cuales obtenían a su vez comunalidades muy bajas).

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

De esta manera se eliminaron los ítems 5 (No pienso demasiado en mi enfermedad), 8 (Lo dejo todo en manos de mis médicos) y 19 (Me gustaría conocer a otras personas que estén en la misma condición que yo) que pertenecen a las escalas de espíritu de lucha, fatalismo y preocupación ansiosa respectivamente.

El mejor resultado obtenido, tras la eliminación de los ítems indicados se encuentra reflejado en la siguiente tabla 11.

Tabla 11. *Factorial del cuestionario MAC.*

	COMPONENTES				COMUNALIDAD
	1	2	3	4	h^2
36 desamparo	.710				0,517
22 preocupación ansiosa	.707				0,536
25 desamparo	.700				0,506
37 preocupación ansiosa	.689				0,536
18 Espíritu de Lucha	-.634	-.432			0,640
23 Desamparo	.627	-.301			0,517
35 Fatalismo	.625				0,470
2 Desamparo	.552				0,322

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

30 fatalismo	.535		.308	0,336
3 Preocupación ansiosa	.521			0,434
14 Preocupación ansiosa	.512			0,335
9 Desamparo	.489			0,259
26 Espíritu de Lucha	.463			0,335
21 Preocupación ansiosa	.425			0,339
32 Espíritu de Lucha	-.416			0,270
17 Desamparo	.403			0,193
40 Espíritu de Lucha		.725		0,556
15 Fatalismo		.647		0,444
6 Espíritu de Lucha	-.385	.570	-.329	0,582
28 Espíritu de Lucha		.567		0,433
31 Espíritu de Lucha	-.421	.540		0,476
13 Espíritu de Lucha		.492	-.344	0,450
20 Espíritu de Lucha		.484		0,329
16 Espíritu de Lucha		.479	-.393	0,471
11 Espíritu de Lucha		.466		0,422

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

34 Espíritu de Lucha	.443		.416	0,219
8 Fatalismo	.330			0.209
27 Espíritu de Lucha	.322			0,204
33 Fatalismo		.798		0,679
29 Preocupación ansiosa		-.700		0,553
4 Espíritu de Lucha		-.469	.396	0,466
12 Fatalismo		.384		0,180
24 Fatalismo		.364		0,187
10 Preocupación ansiosa			.723	0,560
1 Preocupación ansiosa			.716	0,528
7 Fatalismo			-.473	0,320
39 Espíritu de Lucha			.348	0,175
<hr/>				
Eigenvalue	5.98	4.02	2.50	2.45
% Varianza explicada	16.16	10.85	6.76	6.66
<hr/>				

En esta tabla 11 podemos ver cómo:

El factor I agrupa ítems:

- 36. Estoy totalmente perdido a cerca de lo que debo hacer.
- 22. Tengo una gran ansiedad a causa de mi enfermedad.
- 25. Estoy como si hubiese renunciado a todo.
- 37. Me angustia mucho lo que me ha sucedido.
- 18. Intento vivir ahora igual que vivía antes de mi enfermedad.
- 23. No tengo muchas esperanzas a cerca de mi futuro.
- 35. Soy fatalista respecto a mi enfermedad.
- 2. Me siento incapaz de hacer algo para animarme.
- 30. Creo que no puedo controlar lo que me está sucediendo.
- 3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para mi futuro.
- 14. Temo volver a caer enfermo o que empeore la enfermedad que tengo.
- 9. Vivo sin esperanza.
- 26. Intento tomar mi enfermedad con sentido del humor.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- 17. Creo que no puedo hacer nada para ayudarme.
- 6. Creo firmemente que me puedo poner bien.
- 31. Intento tener una actitud lo más positiva posible.

Estos ítems pertenecen seis de ellos a la escala de desamparo, cuatro a preocupación ansiosa, dos a fatalismo y cuatro a espíritu de lucha.

El factor II agrupa los ítems:

- 18. Intento vivir ahora igual que vivía antes de mi enfermedad.
- 23. No tengo muchas esperanzas a cerca de mi futuro.
- 40. Intento luchar contra mi enfermedad.
- 15. He tenido una buena vida la que me queda es un buen regalo.
- 6. Creo firmemente que me puedo poner bien.
- 28. Creo que otras personas están peor que yo.
- 31. Intento tener una actitud lo más positiva posible.
- 13. Tengo planes para el futuro (casa, trabajo, amigos).
- 20. Estoy dispuesto a tomármelo todo con calma.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- 16. Pienso que mi estado mental puede influir sobre mi salud.
- 11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro más la vida y la disfruto mucho más.
- 34. Me tomo la enfermedad como un desafío personal.
- 8. Lo dejo todo en manos de mis médicos.
- 27. Hay gente que se preocupa más por sí mismo que lo que yo me preocupo.

Agruparía en su mayor medida ítems que medirían espíritu de lucha (11 ítems), fatalismo (2 ítems), y desamparo (1 ítem).

El factor III agruparía ítems:

- 6. Creo firmemente que me puedo poner bien.
- 13. Tengo planes para el futuro (casa, trabajo, con los amigos).
- 16. Pienso que mi estado mental puede influir sobre mi salud.
- 33. Evito informarme más acerca de la enfermedad.
- 29. Intento tener el máximo de información acerca de mi enfermedad.
- 4. Mi actitud positiva puede beneficiar mi estado de salud.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- 12. Mi vida está en manos de Dios.
- 24. Por el momento vivo el día a día.

Cuatro de ellos miden espíritu de lucha, tres preocupación ansiosa y uno fatalismo.

El factor IV agruparía los ítems:

- 30. Creo que no puedo controlar lo que me está sucediendo.
- 11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y la disfruto mucho más.
- 4. Mi actitud positiva puede beneficiar mi estado de salud.
- 10. Hago cosas que creo que pueden beneficiar mi estado de salud (ej. Ejercicio).
- 1. Estoy haciendo cosas que creo pueden mejorar mi salud (ej. Cambio de dieta).
- 7. Pienso que nada de lo que yo pueda hacer puede influir en mi estado físico.
- 39. Pienso en los beneficios que me ha generado mi enfermedad.

Tres ítems que medirían espíritu de lucha, dos que medirían fatalismo y otros dos la preocupación ansiosa.

Las comunalidades nos indican la cantidad de varianza que comparten las variables con los factores, observándose que existen muchas variables que presentan demasiada

varianza única, es decir, muy poca varianza común. Ello indica que muchos de estos ítems deberían ser eliminados.

La varianza explicada por los factores indica que hay una diferencia considerable entre los dos primeros y los dos últimos, lo cuales explican claramente una menor proporción. Ello coincide con los resultados obtenidos sobre la baja consistencia interna encontrada en las escalas de fatalismo y preocupación ansiosa.

A partir de estos resultados puede observarse que la estructura factorial resulta bastante dudosa dado que muchos ítems aparecen mezclados en los factores así como la gran desproporción existente entre la varianza explicada por los mismos. También indicar que con los cuatro factores sólo se explica el 40.43%.

4.5 DIFERENCIAS DE MEDIAS

El tercer objetivo de este trabajo consiste en comparar todas las variables de afrontamiento utilizadas a través de las variables sociodemográficas y clínicas. Para ello se ha utilizado la prueba U de Mann-Whitney o la prueba t de Student de comparación de medias, en función de si se cumple o no los criterios de normalidad de las distribuciones.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Las variables de clasificación utilizadas han sido las siguientes:

- estadio de la enfermedad.
- diagnóstico.
- tipo de intervención quirúrgica.
- tipo de tratamiento.
- edad.
- estado civil.
- profesión.
- periodo libre de la enfermedad.
- historia familiar.
- lactancia materna.
- tratamiento psicológico o psiquiátrico previo a la enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento a contrastar han sido las siguientes:

- aceptación de la responsabilidad.
- huida-evitación.
- reevaluación positiva.
- solución de problemas.
- búsqueda de apoyo social.
- evitación.
- planificación.
- activación interna.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.
- búsqueda de apoyo social por razones emocionales.
- reevaluación positiva.
- aceptación.
- religión.
- descarga emocional.
- negación.
- retirada comportamental.
- retirada con drogas y alcohol.
- espíritu de lucha.
- desamparo.
- evitación.

Los resultados obtenidos serían los siguientes:

- Lactancia materna (si dieron o no de mamar).
Consiste en dos grupos, siendo el grupo que dio de mamar de 104 mujeres y el que no de 35 mujeres.

Al no presentar uno de los grupos una distribución normal se ha utilizado la prueba U de Mann-Whitney, pudiendo observar que no existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en la lactancia materna, salvo en la estrategia de desamparo,

aunque con una fiabilidad baja, siendo las que no dieron de mamar quienes puntúan más alto. Tabla 12.

Tabla 12. *Comparación de medias de lactancia materna.*

		N	MEDIA	DESV. TIP.	SIG. BILAT	PRUEBA E.
ACEPTACION RES.	NO	35	6,80	2,90	0,934	U
	SI	104	6,76	2,34		
HUID. EVI.	NO	35	15,82	5,20	0,357	U
	SI	104	15,00	4,37		
REEV. POSITIVA	NO	35	16,08	4,82	0,759	U
	SI	104	15,79	4,79		
SOL. PROBLEMA	NO	35	27,28	6,03	0,208	U
	SI	104	28,86	6,51		
BAS. CSI	NO	35	30,50	9,89	0,106	U
	SI	104	27,00	9,23		
EVITACION	NO	35	20,82	5,85	0,691	U
	SI	104	20,39	5,49		
PLAN. COPE	NO	35	10,82	4,55	0,635	U
	SI	104	11,21	3,96		
ACT. INTER.	NO	35	10,25	3,46	0,088	U
	SI	104	9,23	2,92		
BASRI	NO	35	9,37	3,54	0,906	U
	SI	104	9,48	5,09		
BASRE	NO	35	12,71	4,00	0,781	U
	SI	104	12,50	3,69		
R. POS. CR	NO	35	10,48	4,27	0,985	U
	SI	104	10,47	3,98		
ACEPTACION	NO	35	13,60	3,26	0,070	U
	SI	104	14,55	2,46		
RELIGION	NO	35	12,22	4,10	0,470	U
	SI	104	12,80	4,08		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

DES.	NO	35	9,60	4,16	0,187	U
EMOCIONAL	SI	104	8,60	3,57		
NEGACION	NO	35	7,25	2,49	0,496	U
	SI	104	7,60	2,66		
RET.	NO	35	4,82	1,96	0,975	U
COMPORT.	SI	104	4,81	1,76		
RET. DROGAS	NO	35	1,20	0,73	0,497	U
	SI	104	1,14	0,60		
ESP. LUCHA	NO	35	49,48	9,69	0,340	U
	SI	104	52,58	6,51		
DESAMPARO	NO	35	9,74	4,73	0,045	U
	SI	104	8,29	3,22		
EVIT. MAC	NO	35	2,17	1,32	0,241	U
	SI	104	1,89	1,17		

- Los grupos por edad se dividen en dos, un grupo 1 en los que estarían las pacientes hasta 50 años serían 69 mujeres y un grupo 2 en el que estarían las mayores de 50 años que sería de 81 mujeres. Se utiliza la prueba T de Student al presentar ambos grupos una distribución normal, pudiendo observar diferencias significativas en las estrategias de planificación y de solución de problemas del COPE, siendo las mujeres de hasta 50 años las que puntúan más alto. Tabla 13.

Tabla 13. Comparación medias. Edad.

		N	MEDIA	DESV. TIP.	SIG. BLAT.	PRUEBA E.
ACEPTACION RES.	HTA. 50	69	6,75	2,52	0,925	T
	+ DE 50	81	6,72	2,38		
HUID. EVI.	HTA. 50	69	14,96	4,95	0,548	T
	+ DE 50	81	15,41	4,21		
REEV. POSITIVA	HTA. 50	69	16,17	5,53	0,525	T
	+ DE 50	81	15,68	3,96		
SOL. PROBLEMA	HTA. 50	69	30,07	6,88	0,004	T
	+ DE 50	81	27,01	5,84		
BAS. CSI	HTA. 50	69	28,75	9,52	0,126	T
	+ DE 50	81	26,40	9,22		
EVITACION	HTA. 50	69	20,86	5,88	0,394	T
	+ DE 50	81	20,07	5,32		
PLAN. COPE	HTA. 50	69	12,28	4,09	0,001	T
	+ DE 50	81	10,15	3,81		
ACT. INTER.	HTA. 50	69	9,68	3,42	0,363	T
	+ DE 50	81	9,21	2,90		
BASRI	HTA. 50	69	9,61	3,76	0,757	T
	+ DE 50	81	9,37	5,34		
BASRE	HTA. 50	69	13,23	3,54	0,064	T
	+ DE 50	81	12,11	3,77		
R. POS. CR	HTA. 50	69	11,14	4,02	0,049	T
	+ DE 50	81	9,83	4,10		
ACEPTACION	HTA. 50	69	14,03	3,03	0,540	T
	+ DE 50	81	14,32	2,78		
RELIGION	HTA. 50	69	11,59	4,64	0,004	T
	+ DE 50	81	13,51	3,37		
DES. EMOCIONAL	HTA. 50	69	9,55	3,57	0,064	T
	+ DE 50	81	8,43	3,74		
NEGACION	HTA. 50	69	7,49	2,42	0,998	T
	+ DE 50	81	7,49	2,78		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

RET.	HTA.	50	69	5,09	2,09	0,160	T
COMPORT.	+ DE	50	81	4,67	1,54		
RET.	HTA.	50	69	1,26	0,80	0,130	T
DROGAS	+ DE	50	81	1,10	0,49		
ESP. LUCHA	HTA.	50	69	51,59	7,38	0,783	T
	+ DE	50	81	51,94	7,82		
DESAMPARO	HTA.	50	69	8,33	3,79	0,405	T
	+ DE	50	81	8,84	3,62		
EVIT. MAC	HTA.	50	69	1,93	1,25	0,808	T
	+ DE	50	81	1,98	1,15		

- Tratamiento psicológico y psiquiátrico previo, se dividen del mismo modo en dos grupos, grupo 1 aquellas que no han recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo que consta de 54 pacientes y grupo 2 aquellas que si ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo en el que serían 96 mujeres. Utilizando la prueba de T de Student no se han encontrado diferencias significativas. Tabla 14.

Tabla 14. Comparación de medias. *Tratam. Psicológico previo.*

		N	MEDIA	DESV. TIP.	SIG. BLAT.	PRUEBA E.
ACEPTACION	NO	54	6,48	2,14	0,345	T
RES.	SI	96	6,88	2,59		
HUID. EVI.	NO	54	14,35	4,52	0,087	T
	SI	96	15,68	4,53		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

	NO	54	15,35	4,84		
REEV. POSIT.	SI	96	16,22	4,67	0,283	T
	NO	54	29,15	6,46		
SOL. PROB.	SI	96	28,01	6,53	0,305	T
	NO	54	27,83	9,53		
BAS. CSI	SI	96	27,28	9,38	0,731	T
	NO	54	19,56	5,44		
EVITACION	SI	96	20,93	5,62	0,149	T
	NO	54	11,46	3,92		
PLAN. COPE	SI	96	10,94	4,16	0,45	T
	NO	54	9,61	3,39		
ACT. INTER.	SI	96	9,32	3,02	0,592	T
	NO	54	9,52	6,14		
BASRI	SI	96	9,46	3,63	0,94	T
	NO	54	12,67	4,04		
BASRE	SI	96	12,6	3,51	0,921	T
	NO	54	10,2	4,00		
R. POS. CR	SI	96	10,56	4,17	0,608	T
	NO	54	14,57	2,75		
ACEPTACION	SI	96	13,97	2,96	0,22	T
	NO	54	12,43	4,19		
RELIGION	SI	96	12,74	4,07	0,655	T
	NO	54	8,78	3,73		
DES. EMOC.	SI	96	9,04	3,69	0,676	T
	NO	54	7,28	2,81		
NEGACION	SI	96	7,61	2,50	0,45	T
	NO	54	4,55	1,18		
RET. COMP.	SI	96	5,03	2,08	0,125	T
	NO	54	1,15	0,60		
RET. DROGAS	SI	96	1,19	0,69	0,724	T
	NO	54	52	6,92		
ESP. LUCHA	SI	96	51,63	7,99	0,791	T
	NO	54	8,61	2,86		
DESAMPARO	SI	96	8,6	4,11	0,991	T

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

EVIT. MAC	NO	54	2,19	1,30	0,075	T
	SI	96	1,82	1,11		

- Tratamiento de quimioterapia y resto se dividen del mismo modo en dos grupos, grupo 1 el tratamiento recibido es quimioterapia que consta de 54 pacientes y grupo 2 aquellas que reciben otros tipos de tratamiento en el que serían 96 mujeres. Utilizando la prueba de T de Student no se han encontrado diferencias significativas. Tabla 15.

Tabla 15. Comparación de medias tipo de tratamiento.

		N	MEDIA	DESV. TIP.	SIG. BLAT	PRUEBA E.
ACEPTACION RES.	QUIMIO	54	6,48	2,14	0,345	T
	RESTO	96	6,88	2,59		
HUID. EVI.	QUIMIO	54	14,35	4,52	0,087	T
	RESTO	96	15,68	4,53		
REEV. POSITIVA	QUIMIO	54	15,35	4,84	0,283	T
	RESTO	96	16,22	4,67		
SOL. PROBLEMA	QUIMIO	54	29,15	6,45	0,305	T
	RESTO	96	28,01	6,53		
BAS. CSI	QUIMIO	54	27,83	9,53	0,731	T
	RESTO	96	27,28	9,38		
EVITACION	QUIMIO	54	19,56	5,44	0,149	T
	RESTO	96	20,93	5,62		
PLAN. COPE	QUIMIO	54	11,46	3,92	0,450	T
	RESTO	96	10,94	4,16		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

	QUIMIO	54	9,61	3,39		
ACT. INTER.	RESTO	96	9,32	3,02	0,592	T
	QUIMIO	54	9,52	6,14		
BASRI	RESTO	96	9,46	3,63	0,940	T
	QUIMIO	54	12,67	4,04		
BASRE	RESTO	96	12,60	3,51	0,921	T
	QUIMIO	54	10,20	4,00		
R. POS. CR	RESTO	96	10,56	4,17	0,608	T
	QUIMIO	54	14,57	2,75		
ACEPTACION	RESTO	96	13,97	2,96	0,220	T
	QUIMIO	54	12,43	4,19		
RELIGION	RESTO	96	12,74	4,07	0,655	T
	QUIMIO	54	8,78	3,73		
EMOCIONAL	RESTO	96	9,04	3,69	0,676	T
	QUIMIO	54	7,28	2,81		
NEGACION	RESTO	96	7,61	2,50	0,450	T
	QUIMIO	54	4,55	1,18		
RET. COMPORT.	RESTO	96	5,03	2,08	0,125	T
	QUIMIO	54	1,15	0,60		
RET. DROGAS	RESTO	96	1,19	0,69	0,724	T
	QUIMIO	54	52,00	6,92		
ESP. LUCHA	RESTO	96	51,66	7,99	0,791	T
	QUIMIO	54	8,61	2,86		
DESAMPARO	RESTO	96	8,60	4,11	0,991	T
	QUIMIO	54	2,19	1,30		
EVIT. MAC	RESTO	96	1,82	1,11	0,075	T

-
- Antecedentes familiares consiste en dos grupos, grupo 1 aquellas que no tienen antecedentes familiares con cáncer de mama, siendo este grupo de 97 mujeres; y grupo 2 mujeres con antecedentes familiares de

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

cáncer de mama componiendo este grupo 53 mujeres. Se utiliza la prueba T de Student al presentar ambos grupos una distribución normal encontrando diferencias significativas en la estrategia de espíritu de lucha aunque con una fiabilidad baja siendo las que si tenían antecedentes familiares las que puntúan más alto. Tabla 16.

Tabla 16. *Comparación de medias. Antecedentes familiares.*

		N	MEDIA	DESV. TIP.	SIG. BLAT.	PRUEBA E.
ACEPTACION RES.	NO	97	6,55	2,31	0,205	T
	SI	53	7,08	2,65		
HUID. EVI.	NO	97	14,89	4,47	0,256	T
	SI	53	15,77	4,69		
REEV. POSITIVA	NO	97	16,22	4,68	0,280	T
	SI	53	15,34	4,84		
SOL. PROBLEMA	NO	97	28,16	6,63	0,518	T
	SI	53	28,89	6,31		
BAS. CSI	NO	97	27,36	9,45	0,835	T
	SI	53	27,70	9,41		
EVITACION	NO	97	20,06	5,66	0,271	T
	SI	53	21,11	5,41		
PLAN. COPE	NO	97	10,92	4,17	0,397	T
	SI	53	11,51	3,91		
ACT. INTER.	NO	97	9,54	3,22	0,567	T
	SI	53	9,23	3,04		
BASRI	NO	97	9,77	5,26	0,300	T
	SI	53	8,94	3,32		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

BASRE	NO	97	12,52	3,84	0,620	T
	SI	53	12,83	3,43		
R. POS. CR	NO	97	10,24	4,02	0,429	T
	SI	53	10,79	4,26		
ACEPTACION	NO	97	14,12	2,92	0,720	T
	SI	53	14,30	2,88		
RELIGION	NO	97	12,65	3,89	0,927	T
	SI	53	12,58	4,50		
DES. EMOCIONAL	NO	97	9,00	3,65	0,812	T
	SI	53	8,85	3,81		
NEGACION	NO	97	7,63	2,39	0,392	T
	SI	53	7,25	2,98		
RET. COMPORT.	NO	97	4,84	1,71	0,821	T
	SI	53	4,91	2,03		
RET. DROGAS	NO	97	1,24	0,75	0,106	T
	SI	53	1,06	0,41		
ESP. LUCHA	NO	97	50,89	7,39	0,051	T
	SI	53	53,42	7,77		
DESAMPARO	NO	97	8,51	3,30	0,651	T
	SI	53	8,79	4,36		
EVIT. MAC	NO	97	1,99	1,20	0,616	T
	SI	53	1,89	1,19		

- Profesión, consiste en dos grupos, grupo 1 Trabaja en casa grupo 1 con un número de 96 mujeres y el grupo 2 mujeres que trabajan fuera de casa grupo 2 en el que habrían 54 mujeres. Al presentar los dos grupos una distribución normal se utiliza la prueba T de Student y encontramos diferencias en las estrategias de activación interna y búsqueda de apoyo social por

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

razones instrumentales, en las puntúan más alto aquellas que trabajan fuera de casa; y en la estrategia de evitación del MAC en la que puntúan más alto aquellas que trabajan en casa. Tabla 17.

Tabla 17. Comparación de medias. Profesión.

		N	MEDIA	DESV. TIP.	SIG. BLAT.	PRUEBA E.
ACEPTACION RES.	A. C.	96	6,90	2,55	0,278	T
	T. F.	54	6,44	2,22		
HUID. EVI.	A. C.	96	15,34	4,70	0,608	T
	T. F.	54	14,94	4,32		
REEV. POSITIVA	A. C.	96	15,78	4,70	0,667	T
	T. F.	54	16,13	4,83		
SOL. PROBLEMA	A. C.	96	27,91	5,76	0,198	T
	T. F.	54	29,33	7,63		
BAS. CSI	A. C.	96	27,23	9,41	0,665	T
	T. F.	54	27,93	9,47		
EVITACION	A. C.	96	20,51	5,39	0,822	T
	T. F.	54	20,30	5,95		
PLAN. COPE	A. C.	96	10,73	3,89	0,111	T
	T. F.	54	11,83	4,32		
ACT. INTER.	A. C.	96	9,02	2,89	0,035	T
	T. F.	54	10,15	3,48		
BASRI	A. C.	96	8,89	3,40	0,037	T
	T. F.	54	10,54	6,23		
BASRE	A. C.	96	12,25	3,69	0,096	T
	T. F.	54	13,30	3,65		
R. POS. CR	A. C.	96	10,38	3,98	0,817	T
	T. F.	54	10,54	4,34		
ACEPTACION	A. C.	96	14,28	2,77	0,595	T
	T. F.	54	14,02	3,12		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

RELIGION	A. C.	96	12,94	3,85	0,217	T
	T. F.	54	12,07	4,49		
DES. EMOCIONAL	A. C.	96	8,74	3,73	0,362	T
	T. F.	54	9,31	3,63		
NEGACION	A. C.	96	7,71	2,61	0,180	T
	T. F.	54	7,11	2,59		
RET. COMPORT.	A. C.	96	4,77	1,83	0,426	T
	T. F.	54	5,02	1,82		
RET. DROGAS	A. C.	96	1,15	0,62	0,493	T
	T. F.	54	1,22	0,72		
ESP. LUCHA	A. C.	96	52,19	7,39	0,383	T
	T. F.	54	51,06	7,98		
DESAMPARO	A. C.	96	8,90	4,11	0,202	T
	T. F.	54	8,09	2,77		
EVIT. MAC	A. C.	96	2,14	1,22	0,012	T
	T. F.	54	1,63	1,09		

- Evaluación de la enfermedad, que dividimos en dos grupos en el que el grupo 1 serían 72 a las pacientes que se les ha practicado una cuadrectomía y vaciamiento axilar (Q+VAX) y el grupo 2 de 78 mujeres a las que se les somete a una mastectomía (MRM). Al presentar ambos grupos una distribución normal utilizando la prueba T de Student Obtendríamos diferencias significativas en las estrategias de solución de problemas y de descarga emocional, puntuando en ambas más alto aquellas a las que se les practica una cuadrectomía y vaciamiento axilar. Tabla 18.

Tabla 18 Comparación de medias. Tipo de intervención quirúrgica.

		N	MEDIA	DESV . TIP.	SIG. BLAT.	PRUEBA E.
ACEPTACION RES.	Q+VAX	72	6,63	2,76	0,603	T
	MRM	78	6,83	2,12		
HUID. EVI.	Q+VAX	72	15,29	4,62	0,814	T
	MRM	78	15,12	4,53		
REEV. POSITIVA	Q+VAX	72	15,61	4,71	0,465	T
	MRM	78	16,18	4,77		
SOL. PROBLEMA	Q+VAX	72	29,50	6,93	0,050	T
	MRM	78	27,42	5,96		
BAS. CSI	Q+VAX	72	28,38	9,87	0,264	T
	MRM	78	26,65	8,94		
EVITACION	Q+VAX	72	20,35	6,03	0,857	T
	MRM	78	20,51	5,16		
PLAN. COPE	Q+VAX	72	11,32	4,22	0,579	T
	MRM	78	10,95	3,95		
ACT. INTER.	Q+VAX	72	9,40	3,43	0,929	T
	MRM	78	9,45	2,89		
BASRI	Q+VAX	72	10,13	5,60	0,104	T
	MRM	78	8,88	3,55		
BASRE	Q+VAX	72	13,07	3,48	0,159	T
	MRM	78	12,22	3,86		
R. POS. CR	Q+VAX	72	10,78	4,26	0,324	T
	MRM	78	10,12	3,94		
ACEPTACION	Q+VAX	72	13,93	3,16	0,299	T
	MRM	78	14,42	2,62		
RELIGION	Q+VAX	72	12,54	4,32	0,808	T
	MRM	78	12,71	3,92		
DES. EMOCIONAL	Q+VAX	72	9,69	3,62	0,017	T
	MRM	78	8,26	3,65		
NEGACION	Q+VAX	72	7,76	2,73	0,224	T
	MRM	78	7,24	2,49		

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

RET.	Q+VAX	72	5,01	2,07	0,322	T
COMPORT.	MRM	78	4,72	1,56		
RET.	Q+VAX	72	1,15	0,62	0,712	T
DROGAS	MRM	78	1,19	0,68		
ESP. LUCHA	Q+VAX	72	51,31	6,75	0,464	T
	MRM	78	52,22	8,32		
DESAMPARO	Q+VAX	72	9,06	3,97	0,154	T
	MRM	78	8,19	3,40		
EVIT. MAC	Q+VAX	72	2,07	1,28	0,254	T
	MRM	78	1,85	1,11		

4.6 ANALISIS CLUSTER

Para abordar el cuarto objetivo se utilizaron las dos únicas escalas del cuestionario MAC que aportaron índices de consistencia interna aceptables: espíritu de lucha y desamparo. Para ello, se realizó en primer lugar un análisis clúster bietápico por el método de distancias euclídeas, para determinar el número óptimo de grupos que se podían obtener utilizando las dos estrategias al mismo tiempo, apareciendo la existencia de dos conglomerados con una buena separación entre ambos, es decir obteniendo la máxima similitud intragrupo manteniendo la máxima diferencia intergrupo. En segundo lugar, para obtener la forma más óptima de clasificación se aplicó la técnica de K-medias solicitando la obtención de los dos grupos identificados

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

como óptimos en el análisis previo bietápico. Los dos grupos obtenidos los definiremos como grupo desadaptado y grupo adaptado en función de sus puntuaciones promedio en las dos estrategias (Tabla 19):

Grupo 1: Desadaptadas, en este grupo estarían aquellas mujeres que utilizarían en mayor grado las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (desamparo) y en menor grado la estrategia de espíritu de lucha. En este grupo se encuentran 21 pacientes.

Grupo 2: Adaptadas, en este grupo estarían las mujeres que puntúan de forma inversa al anterior, es decir, usan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Espíritu de Lucha) y menos las centradas en la emoción (desamparo). El número de pacientes es de 129.

Tabla 19. *Análisis Clúster. Medias de Conglomerados. Anova.*

	Conglomerado		F	Sig.
	1. Desadaptadas	2. Adaptadas		
Esp. Lucha	37.38	54.12	211.606	0.000
Desamparo	11.90	8.07	22.207	0.000

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

De esta manera observamos que los dos grupos obtenidos, el grupo 1 o desadaptados incluía a pacientes con niveles más bajos en espíritu de lucha y más altos en desesperanza en comparación con el grupo 2 o adaptados donde los niveles de espíritu de lucha son más altos y los de desesperanza más bajos.

Atendiendo a los niveles de significación de la prueba F se observa que las dos estrategias resultan útiles para clasificar los grupos.

Resulta interesante destacar que hay un número mayor de mujeres que, pese al cáncer mama, se encuentran utilizando estrategias más adaptativas.

A continuación, vamos a describir como son mediante los análisis de frecuencia las variables sociodemográficas de nuestro estudio, estos dos grupos. Tabla19.

Grupo 1 Desadaptadas, consta de 21 mujeres:

- La media de edad de este grupo es de 51.14 años (DT 10.69), teniendo la menos de ellas 35 años y la mayor 76 años.
- El 85.7% está casada, el 9.5% soltera y el 4.8% viuda.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- El 66.7% es ama de casa, mientras que el 33.3% trabaja fuera de casa.
- Este grupo tiene una media de hijos de 2.14 (DT 1.11).
- El 42.9% padece un carcinoma ductal infiltrante, el 19% un ductal mixto, y el restante 38.1% padecerían distintos tipos histológicos de carcinoma que se presentan con menos frecuencia en la población.
- El 66.7% de las pacientes de este grupo estarían en un estadio II de la enfermedad, el 33.3% en un estadio I.
- El 95.2% serían un primer diagnóstico de cáncer mientras que el restante 4.8% sería un segundo diagnóstico de cáncer.
- El tratamiento recibido a estas pacientes fue de quimioterapia y radioterapia al 61.9%, el 19% sólo quimioterapia, el 9.5% quimioterapia y tamoxifeno, el 4.8% quimioterapia, radioterapia y tamoxifeno y el restante 4.8% quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Les fue detectado el cáncer en revisiones rutinarias al 25.3%, el restante 74.7% tardó entre 1 y 156 días en ir al médico desde que detectaron el primer síntoma.
- El 57.1% no presentaría ningún trastorno ni psiquiátrico ni psicológico previo, el 28.6% presentaría depresión, el 9.5% tendría un trastorno de ansiedad, y el 4.8% padecería un trastorno bipolar.
- Con respecto a los antecedentes familiares el 66.7% no tendría antecedentes familiares de cáncer de mama y el 33.3% sí que tendría.
- Y para terminar con la descripción de este primer grupo, el 57,1% de las mujeres habría dado lactancia materna frente al 42,9% que no.

Grupo 2, Adaptadas, este grupo constaría de 129 mujeres:

- La media de edad es de 56.26 años (DT 10.52), la paciente más joven de este grupo tiene 29 años y la más mayor 79 años.
- El 76.7% estaba casada, 6.2% soltera, el 13.8% viuda y el 4.7% separada.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Con respecto a la situación laboral, el 63.6% era ama de casa frente al 36.4% que trabajaba fuera de casa.
- La media de número de hijos de este grupo era 2.33 (DT 2.06).
- El 48.8 % padecería un carcinoma ductal infiltrante, el 20.2% un ductal mixto y 31% restante serían distintos tipos histológicos de carcinomas que se dan en menos frecuencia en la población.
- Las pacientes de este grupo estarían en un 45.7% en el estadio I de la enfermedad, el 52% en un estadio II y el 2.3% en un estadio III de la enfermedad.
- En este grupo el 90.7% eran primeros diagnósticos de cáncer, frente al 9.3% que serían segundos cánceres que aparecen entre 1 y 20 años del primero.
- El tipo de tratamiento recibido sería el siguiente: el 38.8% recibió quimioterapia, el 10.1% radioterapia, el 38% quimioterapia y radioterapia, el 3.9% hormonoterapia, el 0.8% quimioterapia y hormonoterapia, el 0.8% quimioterapia y tamoxifeno, el 1.6% quimioterapia, radioterapia y tamoxifeno, el 4.7%

radioterapia y hormonoterapia, y el restante 1.6% quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

- Les fue detectado el cáncer en revisiones rutinarias al 21.7%, el restante 78.3% tardó entre 1 y 144 días en ir al médico desde que detectaron el primer síntoma.
- En este segundo grupo el 67,4% no padecería ningún trastorno psicológico ni psiquiátrico de manera previa a la enfermedad, el 25.6% padecería trastorno depresivo, el 6.2% trastorno de ansiedad y un 0.8% trastorno adaptativo mixto, todos ellos previo al diagnóstico de cáncer.
- El 64.3% de las pacientes no tenían antecedentes familiares de cáncer de mama, frente al 35.7% que tenían familiares por parte materna que habían padecido la misma enfermedad.
- De la misma manera el 71.3% de las pacientes habían dado lactancia materna a sus hijos, y el 28.7% no la habían dado.

Para la obtención del quinto y último objetivo del trabajo se utilizó la clasificación obtenida mediante el análisis clúster previo (grupo adaptado y grupo desadaptado) y se compararon

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

las estrategias de afrontamiento utilizadas en cada uno de los dos grupos en el resto de los cuestionarios de afrontamiento.

En la tabla 20 mostramos las escalas en las que encontramos diferencias significativas en los dos grupos:

Tabla 20. Comparación de grupos: Grupo 1 vs. Grupo 2.
Escalas de cuestionarios.

	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D de Cohen</i>
Huida-Evitación :					
Grupo 1	17,86	5,15			
Grupo 2	14,77	4,32	2,956	.004	0.66
Reevaluación positiva:					
Grupo 1	14,05	4,78			
Grupo 2	16,21	4,68	-1,958	.052	-0.46
Sol. Problemas:					
Grupo 1	23,24	6,66			
Grupo 2	29,26	6,09	-4,145	.000	-1.00
Búsqueda de apoyo social CSI:					
Grupo 1	23,62	9,84			
Grupo 2	28,11	9,21	-2,050	.042	-0.55

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Planificación COPE:

Grupo 1	8,24	4,44			
			-3,647	.000	-0.81
Grupo 2	11,60	3,82			

Eliminación interferentes: activ.

Grupo 1	10,67	3,45			
			1,964	.051	0.44
Grupo 2	9,22	3,06			

Reevaluación positiva:

Grupo 1	7,05	3,48			
			-4,317	.000	-1.06
Grupo 2	10,98	3,93			

Aceptación:

Grupo 1	10,95	4,04			
			-6,196	.000	-1.15
Grupo 2	14,71	2,28			

Descarga emocional:

Grupo 1	11,90	3,59			
			4,171	.000	0.97
Grupo 2	8,46	3,49			

Retirada comportamental:

Grupo 1	6,48	2,82			
			4,684	.000	0.83
Grupo 2	4,60	1,45			

Vemos como hay diferencias significativas en las siguientes escalas: Huida-Evitación, Reevaluación positiva,

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Solución de problemas, Búsqueda de apoyo social (CSI), Planificación del COPE, Eliminación de actividades interferentes, Reevaluación positiva, Aceptación, Descarga emocional y Retirada comportamental.

El cuestionario que más escalas tendría es el cuestionario COPE, con 6 de las escalas, y a continuación el cuestionario WCS y CSI con dos escalas cada uno de ellos.

El grupo 1 (desadaptado) en comparación con el grupo 2 (adaptado) puntúa más alto de forma significativa en las estrategias de huida-evitación, eliminación de actividades interferentes, descarga emocional y retirada comportamental. Mediante el estadístico d de Cohen observamos que, además de la significación estadística, el tamaño del efecto también es alto, lo cual indica la potencia de las diferencias. Y por otra parte puntúa más bajo en el resto de estrategias, solución de problemas, planificación del COPE, reevaluación positiva, aceptación y búsqueda de apoyo social.

Del mismo modo el grupo 2 (adaptado) en comparación con el grupo 1 puntúa más alto en las estrategias de reevaluación positiva, solución de problemas, búsqueda de apoyo social, planificación (COPE), reevaluación positiva y aceptación. Mediante el estadístico d de Cohen observamos, que además de la significación estadísticas, también es alto el

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

tamaño del efecto, de manera que demuestra la potencia de las diferencias. Este grupo puntúa más bajo en las escalas de huida-evitación, eliminación de actividades interferentes, descarga emocional y retirada comportamental.

Discusión

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

5. DISCUSION

Como se indicaba al inicio de este trabajo, las cuestiones relacionadas con el afrontamiento y enfermedad oncológica comienzan a ser abordadas en la década de los 60-70 que es cuando aparece la Psicología de la Salud, a partir de este momento se empiezan a ofrecer nuevas aportaciones al termino de enfermedad no implicando esta sólo factores puramente biológicos si no también los psicológicos y sociales. Sin embargo el máximo desarrollo se ha producido a través del trabajo de Lazarus y Folkman (1984). A partir de aquí los estudios que se han llevado a cabo han sido numerosos.

En esta línea argumental tres de los cuestionarios utilizados son afrontamiento general (WCS, CSI y COPE) y uno específico de afrontamiento al cáncer (MAC), este último ha sido el cuestionario por excelencia para medir afrontamiento ante la enfermedad oncológica, aparece también a raíz de este un cuestionario de los mismos autores pero con menor número de ítems, Mini MAC (Watson M. et al, 1994).

Todas los pacientes que participaron en nuestra investigación eran pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, la cuales habían sido intervenidas quirúrgicamente entre 48-72 horas antes de pasarle los distintos cuestionarios y

hacerles una entrevista personal para recoger distintos datos sociodemográficos, por lo que nuestro trabajo corrige una de los errores metodológicos más comunes que es el que no quede explícito el momento en el que se evalúan las estrategias de afrontamiento. Todas nuestras pacientes eran conocedoras del tratamiento que iban a recibir después de la intervención quirúrgica.

Las pacientes de nuestro estudio se encuentran en su mayoría en el estadio I y II de la enfermedad, ya que este tipo de pacientes conocen su enfermedad bien en revisiones rutinarias o ante la aparición de síntomas físicos que en esta enfermedad son evidentes desde el principio de la misma. El tipo histológico más frecuente en nuestra muestra es el ductal infiltrante con un 48%, dato que coincide con las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) a fecha de 10 de Julio de 2014 que nos dice que este tipo histológico junto con el ductal invasivo presentaría el 70-80% de los casos. Con respecto al tipo de intervención observamos poca diferencia entre las mastectomías y las cuadrectomías, estas dependen de los protocolos de intervención de cada hospital al igual que en los tipos de tratamiento, donde el más común es la combinación de quimioterapia y radioterapia.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Con respecto a las variables sociodemográficas de nuestra investigación podemos describir a nuestra muestra de la siguiente manera:

- Mujeres con una media de edad de 52 años, dato que nos coincide con los publicados por la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) en el años 2013, dónde nos dicen que la edad de máxima incidencia se encuentra por encima de los 50 años.
- La mayoría de ellas son mujeres casadas y amas de casa.

Pasando a hacer referencia a los datos clínicos, sin embargo algunos nuestros datos no confirman algunos de los factores de riesgo de sobra conocidos sobre el cáncer de mama como son:

- Historia familiar: en nuestra muestra el 65% no ha tenido ningún antecedente de cáncer de mama.
- Lactancia materna: el haber dado lactancia materna a los hijo es un factor de protección frente al cáncer de mama de sobra conocido, sin embargo en nuestra investigación el 69% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama sí que dieron lactancia materna.

Como se indicó el objetivo de nuestro trabajo es verificar las propiedades psicométricas del MAC comparándolo con otros cuestionarios de afrontamiento.

Una vez recogida la información sociodemográfica a nuestras pacientes se les fue entregado los distintos cuestionarios de afrontamiento: el MAC como cuestionario específico de afrontamiento al cáncer y el WCS, CSI y COPE, como cuestionarios de afrontamiento general.

Los cuestionarios utilizados no han obtenido mucha consistencia interna o fiabilidad como podemos observar en otros estudios como el de Jarret et al. (1992), en el que emplean también el cuestionario WCS para medir afrontamiento al cáncer, algunas de las escalas no presentan unos buenos niveles de fiabilidad en el momento de la evaluación, ya que se realiza la intervención en los momentos iniciales de la enfermedad, tal y como comentamos en el inicio de este apartado, por lo que las escalas de Autocontrol, Búsqueda de Apoyo Social, Distanciamiento, Confrontación y Planificación, quedarían eliminadas, debido a que en estos momentos tempranos del desarrollo de la enfermedad todos estos aspectos no han sido todavía valorados por las pacientes, ya que en este momento las pacientes se encuentran en un período de aceptación y entendimiento de la enfermedad

Del mismo modo, el estudio de Thomas y Marks (1995), también intentaron probar la fiabilidad de uso de las escalas de afrontamiento COPE en pacientes con cáncer de mama diagnosticadas desde hacía un año o más y los resultados vieron que lo hacían de una manera pobre. En nuestro estudio al evaluar a las pacientes al comienzo de la enfermedad, en la que la forma en que una persona se enfrenta a la enfermedad es una extensión del modo de afrontamiento que había empleado previamente en su vida en otras situaciones estresantes, Weisman (1979), el cuestionario COPE mediría las estrategias de afrontamiento de una manera bastante óptima, ya que solo las escalas de afrontamiento activo y afrontamiento restringido no nos darán niveles de fiabilidad aceptables, ya que en el cáncer la información médica se va dando prácticamente sesión a sesión en función de los resultados del tratamiento médico, por lo que el afrontamiento restringido no es posible ya que no hay un momento adecuado para actuar, se debe actuar en función de la información que se va dando al paciente y con un tiempo mínimo de reacción. Y el afrontamiento activo en el momento de inicio de la enfermedad tampoco se puede llevar a cabo, ya que del mismo modo no se conoce en ninguno de los casos toda la información sobre tratamiento, pruebas diagnósticas, las cuales se repiten a lo largo del proceso de la enfermedad para ir viendo cómo evoluciona la enfermedad, y en función de esa evolución los médicos tomarán las decisiones de tratamiento.

El CSI de la misma manera que el COPE, también sería una buena herramienta de medida ya que la única escala que se quedaría fuera de nuestra investigación sería la de evitación ya que en los momentos iniciales de la enfermedad los problemas todavía no han aparecido, no se sabe cuáles serán los estresores que aparecerán por lo que no podemos evitarlos ni huir de ellos sin conocerlos.

Con todo lo anterior en nuestro estudio de fiabilidad, confirmaríamos de la misma manera con el MAC, que las escalas que nos darían una buena discriminación en momento de nuestra intervención serían en las escalas de Espíritu de Lucha y Desesperanza, ya que es al principio de la enfermedad donde las pacientes con cáncer de mama se enfrentan a la situación viéndolo como un reto personal (Espíritu de Lucha) o como una situación ante la que no puede hacer nada y la paciente se encuentre totalmente hundida (Desesperanza). Podemos confirmar también en nuestro trabajo las continuas críticas recibidas al factor de negación por estar medido únicamente a través de un solo ítem. Podemos pensar en la negación como en una reacción al diagnóstico de cáncer, la cual permite a la persona asimilar durante un período corto de tiempo asimilar la amenaza a la vida que la enfermedad conlleva (Salander, Windahal, 1999). Con respecto a la estrategia de preocupación ansiosa no obtenemos discriminación ya que al encontrarnos en la etapa inicial de la

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

enfermedad no hemos tenido situaciones de dolor o malestar nuevas que serían las que nos provocarían ansiedad, y la necesidad de buscar información sobre lo que les sucede.

Todo esto nos lleva a poder plantearnos si las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes son específicas para la enfermedad, o son las que normalmente utilizan ante situaciones vitales estresantes.

Cuando relacionamos el MAC en sus escalas con el resto de escalas de afrontamiento encontramos como las escalas de Espiritu de Lucha y Desamparo de nuestro cuestionario principal son las que tienen más relación con las distintas escalas del resto de cuestionarios, (Lazarus, Folkman et al. 1986), ya que son los dos tipos de afrontamiento más comunes en el momento inicial de la enfermedad, en el que al paciente se le informa del diagnóstico y del tratamiento que va a recibir, (Manne et al. 1994), y es en este momento donde asimilan la información que reciben por parte de los profesionales (tipo de cáncer, localización, evolución, etc.) siendo esta la información más importante en estos momentos, prestando más atención al tipo de tratamiento que van a recibir, las pacientes a las que desde el principio se les informa de que se les va a administrar quimioterapia utilizan más el desamparo como técnica de afrontamiento ya que conocen los efectos secundarios de la misma.

La escala de desamparo del MAC se relaciona de forma positiva con distintas escalas del resto de los cuestionarios. Es decir que aquellas pacientes que presentan desamparo ante la enfermedad, aceptan la responsabilidad de sufrir la enfermedad, actúan mediante mecanismos de huida-avoidancia, eliminan actividades diarias que consideran interferentes a la hora de enfrentarse a la enfermedad, son pacientes que dejan de hacer sus actividades diarias. A su vez son mujeres que viven la enfermedad con angustia manifestando todo momento sus emociones negativas e incluso negando la enfermedad (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Del mismo modo esta escala de desamparo presenta una correlación estadística significativa, es decir se relaciona negativamente con otras escalas del resto de los cuestionarios utilizados en nuestro estudio, de manera que las pacientes que tienen una menor capacidad a la hora de solucionar problemas relacionados con la enfermedad y planificar las distintas situaciones que puedan surgir, dejan de lado las relaciones sociales y no llevan a cabo ninguna técnica de búsqueda de apoyo social, ya que su día a día cambia de manera drástica al no manejar las emociones que surgen del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Con todo lo anterior podemos concluir que a estas pacientes les resulta muy difícil llevar a cabo una reinterpretación positiva de enfermedad, ya que solo se fijan en los aspectos negativos de la enfermedad y en que

desde el punto de vista social nadie les puede ayudar y les limita el llevar a cabo actividades cotidianas, en especial por la percepción de gravedad de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.

Pasando a hacer referencia a la escala de Espíritu de Lucha del MAC nos encontramos que a aquellas pacientes en las que esta escala obtendría la máxima puntuación, serían pacientes que llevarían a cabo en el momento de la enfermedad en la que nos encontramos una reevaluación positiva de la misma, solucionarían los problemas que conlleva la enfermedad, en los momentos necesarios buscarían el apoyo social necesario tanto para resolver problemas como para el desahogo positivo de las emociones. Son pacientes que presentan planificación para resolver la situación modificando la situación y se esfuerzan en crear una situación positiva centrándose en el desarrollo personal (Folkman y Lazarus, 1984).

También haremos referencia a que aquellas pacientes en la que el Espíritu de Lucha del MAC es la estrategia principal presenta una relación negativa con aquellas escales del resto del cuestionarios, en las que se llevaría a cabo una eliminación de actividades interferentes, son pacientes que no presentarían el desahogo de emociones ya que se enfrentan a la enfermedad como un reto personal y de la misma forma

continuarían con su comportamiento habitual, llevando el día a día en la medida de lo posible.

El análisis factorial de nuestro trabajo intenta verificar la estructura del cuestionario MAC, en el cual observamos como no coincide con la estructura planteada por Watson et al., 1988 ya que nos encontramos con cuatro factores los cuales han sido descritos en el apartado de resultados, nos encontramos de la misma manera estudios realizados en diferentes países en los que las estructuras factoriales de este cuestionario tampoco coinciden con la estructura del cuestionario original (Schwarz, Daltry, Brandt, Friedman & Stolbach, 1992; Nordin, Berglund, Terje & Glimelius 1999; Osborne, Elsworth, Kissane, Burke & Hopper, 1999). De este modo, la congruencia entre las distintas estructuras factoriales del MAC es una cuestión concerniente a la validez de constructo de este instrumento. Los dos primeros estudios de Schwarz y cols. 1992 y Nordin y cols. 1999 presentan una estructura factorial de cuatro factores al igual que el nuestro, pero los ítems incluidos en estos factores no coincidirían con los de nuestro trabajo, en el tercer estudio mencionado Osborne y cols. 1999 obtienen 6 factores. Los cuatro factores que obtenemos en nuestra investigación coinciden con la consistencia interna o fiabilidad de nuestro estudio, ya que los ítems que componen los factores serían dos de ellos pertenecientes a las escalas de Espíritu de Lucha y Desesperanza con mayor fuerza y los otros dos en los que nos

encontraríamos de manera mezclada ítems que nos miden fatalismo y preocupación ansiosa.

De esta información podemos considerar mediante el análisis factorial realizado de nuestro cuestionario principal, que la forma de afrontar la enfermedad de cáncer de mama se lleva a cabo de dos formas principalmente, una primera manera de forma positiva mediante la estrategia principal de Espíritu de Lucha y la segunda de manera negativa mediante desamparo, fatalismo y preocupación ansiosa. Centrándose la primera de ellas en el problema y la segunda en la emoción (Lazarus y Folkman, 1984).

El primer factor incluiría distintos ítems en los que se hace referencia al rechazo a la hora del diagnóstico de cáncer o a minimizar su importancia, a aceptar el diagnóstico con resignación y adaptación fatalista sintiendo que no ejerce ningún control sobre los acontecimientos. Hay ítems en los que se percibe la enfermedad como una gran amenaza para la vida lo cual le produce un sentimiento constante de preocupación, ansiedad y falta de control sobre su pronóstico, teme cualquier malestar o dolor. Las pacientes se encuentran hundidas frente al diagnóstico de cáncer ya que al no poder ejercer ningún control sobre la enfermedad adoptan una actitud pesimista y desesperanzada, incluso esta actitud afecta a otras esferas en su vida en las que dejan de realizar actividades cotidianas

(Greer y col., 1989). Este tipo de afrontamiento sería afrontamiento centrado en la emoción.

Mediante el espíritu de lucha los ítems que componen el factor dos hacen referencia al diagnóstico de la enfermedad como un reto en el que pueden ejercer control sobre la enfermedad, el paciente se involucra en conductas que favorecen a la adaptación y participación en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, manteniendo una actitud positiva sobre el pronóstico y aceptando el diagnóstico (Greer y col., 1989). Este tipo de afrontamiento sería centrado en el problema.

En los factores tres y cuatro encontramos una mezcla de ítems que miden las estrategias de espíritu de lucha y preocupación ansiosa, en el factor tres los ítems hacen referencia al día a día de la paciente, acentuando la actitud positiva ante la enfermedad, mientras que en el factor cuatro los ítems hacen referencia a los cambios que la paciente puede hacer para mejorar su vida y por tanto la evolución de su enfermedad.

Detallando de una manera más general nuestra muestra mediante el análisis de comparación de medias de las distintas escalas de los cuestionarios con las variables sociodemográficas y clínicas de nuestro estudio, observamos

con el fin de verificar la utilidad de los resultados encontrados, como el dar o no dar lactancia materna, el tratamiento psicológico o psiquiátrico previo, o el tipo de tratamiento recibido (quimioterapia frente al resto) ante el diagnóstico de la enfermedad no presentan diferencias significativas por lo que son variables que no son importantes a la hora de elegir un estilo de afrontamiento u otro.

Con respecto a la variable edad nos encontramos como habría diferencias entre las mujeres menores de 50 años y las mayores de 50 años con respecto a la hora de la planificación, es decir saben qué hacer para enfrentarse a la enfermedad, elaboran estrategias de manera distinta, reflexionan de manera distinta sobre qué pasos dar y cuál puede ser la mejor manera de resolver el problema (Watson y Hubbard, 1996), utilizan estrategias de tipo instrumental que implican manipulación del estresor teniendo total conciencia del mismo, esto aparece en nuestra muestra en las mujeres de hasta 50 años, al ser pacientes más jóvenes tienen más conocimiento y más responsabilidades tanto familiares como laborales por lo que intentan solucionar de manera activa cada uno de los problemas que van surgiendo a lo largo del proceso de enfermedad.

Con respecto a los antecedentes familiares también encontramos como las pacientes con antecedentes familiares

tienen niveles más altos en la estrategia de espíritu de lucha, debido al conocimiento de la enfermedad y los tratamientos que van a recibir, al tener conocimiento previo de las cosas se tiende a enfrentarlas de mejor manera, ya que la incertidumbre juega un papel muy importante a la hora de solucionar problemas ya que genera estrés y no se puede llevar a cabo toma de decisiones por el desconocimiento.

Vemos también en nuestra muestra que el trabajar dentro o fuera de casa, hace las mujeres tengan niveles de activación interna y que busquen apoyo social por razones instrumentales de manera distinta, las mujeres que trabajan fuera de casa tienen mayores niveles de activación y buscan más apoyo social, y de la misma manera utilizan de menor manera la estrategia de evitación para enfrentarse a la enfermedad. Todo esto podemos explicarlo en que las mujeres que trabajan fuera de casa están realizando actividades que les hace distraerse del estresor en este caso la enfermedad y no piensan en ella de manera tan constante como las que trabajan como ama de casa, del mismo modo las mujeres que trabajan fuera de casa a la hora de llevar a cabo las actividades domésticas tiene éstas más repartidas, por lo que a nivel social y familiar también están más acompañadas

Según el tipo de intervención quirúrgica a la que han sido sometidas vemos como las pacientes son capaces de

manejar la enfermedad y solucionar problemas y como varían los niveles de descarga emocional. Las mujeres a las que se les practica una mastectomía presentarían menos estrategias para solucionar problemas y menos niveles de desahogo emocional. Y las mujeres cuya intervención quirúrgica ha consistido en una cuadrectomía y vaciamiento axial nos encontraríamos con mayores habilidades para la solución de problemas e índices más altos de descarga emocional. Esto se explicaría por la importancia de la visión del cuerpo que tiene la mujer, a la hora de sentir su feminidad.

Como es sabido que las estrategias de afrontamiento se utilizan casi todas en la misma situación (Lazarus y Folkman, 1984) en nuestro trabajo se realizó un agrupamiento multivariado, **clúster**, el cual arrojó dos grandes grupos:

- Grupo I de mujeres que se enfrentan al cáncer de una manera negativa o desadaptada presentan niveles más altos de huida-evitación es decir llevan a cabo actividades en las que eviten enfrentarse a la situación lo que conlleva dejar de hacer una gran cantidad de actividades diarias, son incapaces de llevar a cabo un reevaluación positiva de la situación, no se esfuerzan en el desarrollo personal, son incapaces de manipular el estresor y por lo tanto no pueden solucionar problemas. No buscan ayuda en otros no de manera instrumental ni de manera emocional o paliativa. Eliminan todo

tipo de actividades interferentes o que ellas asumen como interferentes para el proceso de curación, entre ellas el trabajo, las relaciones sociales..., en ningún momento del proceso de la enfermedad son capaces de reevaluar positivamente ninguna de las situaciones que se dan. No aceptan la enfermedad por lo que la viven de una manera ansiosa y sin ningún tipo optimismo, presentan un alto grado de concentración de emociones por lo que les hace no enfrentarse ni resolver de manera correcta el problema. Reducen de manera considerable el esfuerzo para hacer frente al estresor de la misma manera que renuncian a metas cuando enfermedad interfiere.

- Grupo II de mujeres que se enfrentan al cáncer de una manera positiva o más adaptada, presentado bajos niveles de huida-evitación, llevando a cabo poca eliminación de actividades interferentes, al estar centradas en la solución de problema no acumulan emociones negativas con respecto a la misma y siguen llevando sus actividades diarias de la misma forma. De igual manera son capaces de reevaluar de manera positiva las distintas situaciones que se van dando a lo largo de la enfermedad, buscando soluciones a los problemas que vayan apareciendo. La búsqueda de apoyo social es una herramienta bien utilizada en este tipo de pacientes bien sea para la descarga de emociones como para razones instrumentales. Estas pacientes elaboran estrategias para

enfrentarse a la enfermedad desde el primer momento en el que se les informa de la enfermedad y en cada uno de los momentos de evolución de la misma. Llevan a cabo acciones activas y centradas en el problema. Es decir son mujeres que se implican en el manejo de la situación y consideran parte fundamental en el proceso de curación.

Esto nos reafirma en los resultados de fiabilidad encontrados en el MAC donde los factores significativos son los de espíritu de lucha y desesperanza, ya que nuestras pacientes del primer grupo serían las que utilizarían la desesperanza como estrategia de afrontamiento dominante y las del segundo grupo utilizarían el espíritu de lucha de manera principal.

A su vez nuestros resultados coinciden con el “esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989), que es considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que los pacientes ponen en marcha en el momento en el conocen su diagnóstico de cáncer, la aplicación de este esquema consiste por lo tanto en observar las relaciones entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales en este tipo de pacientes.

En esta misma línea nuestros resultados coinciden con el estudio sobre este esquema de supervivencia, realizado por Watson y Greer (1998) en el que plantean que:

- Espíritu de lucha: respuestas activas con aceptación del diagnóstico, actitud positiva, dispuesto a luchar contra la enfermedad, y participando en las decisiones sobre el tratamiento.
- Evitación: el paciente rechaza el diagnóstico o, también minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad.
- Fatalismo: El paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista.
- Preocupación ansiosa: El paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, el miedo a cualquier tipo de dolor indican la propagación o recurrencia de la enfermedad, buscando frecuentemente la reafirmación.
- Desesperanza: el paciente se sumerge en el diagnóstico del cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza.

Con esto concluyen que hay dos grandes tipos de respuestas, las denominadas pasivas que obtendrían un peor

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

ajuste y que agruparían las estrategias de fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza, y las denominadas activas que muestran un mejor ajuste ante la enfermedad y que estarían formadas por las estrategias de espíritu de lucha y evitación, lo cual coincide con los dos grupos que encontramos en nuestra investigación, grupo 1 desadaptadas y grupo 2 desadaptadas.

En cuanto al uso de estrategias de afrontamiento a lo largo de la enfermedad parece que existen evidencias a favor de considerar que al inicio de la enfermedad se suelen emplear más estrategias de afrontamiento que al final de la misma.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Conclusiones

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

6. CONCLUSIONES

- Los cuestionarios generales de afrontamiento aplicados al cáncer presentan una buena consistencia interna, mientras que en el caso del MAC sólo la obtienen dos escalas (espíritu de lucha y desamparo).
- Al evaluar las estrategias de afrontamiento en las primeras fases de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento utilizadas son la que habitualmente tenían las pacientes ante situaciones vitales estresantes y no las propias de la enfermedad.
- El cuestionario MAC mide más afrontamiento centrado en el problema que afrontamiento centrado en la emoción.
- El cuestionario MAC estructuralmente presenta cuatro factores, dos claramente distinguidos que son espíritu de lucha y desamparo/preocupación ansiosa. Mientras que los otros dos están más mezclados con diferentes ítems.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Al basarse en el esquema de supervivencia el MAC contiene tanto ítems de afrontamiento como de valoración.
- Las pacientes de más de 50 utilizan más las estrategias centradas en el problema.
- Las pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama utilizan más las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.
- Con respecto a las pacientes que trabajan fuera y dentro de casa nos encontramos como las pacientes que trabajan fuera de casa utilizan en mayor medida las estrategias centradas en el problema buscando apoyo en el entorno social, y las que trabajan en casa utilizan más las estrategias centradas en la emoción.
- Las pacientes a las que se les practica una cuadrectomía utilizan las técnicas de solución de problemas y descarga emocional en mayor grado que aquellas a las que se les practica una mastectomía.
- En nuestro estudio distinguimos claramente dos grupos, uno solucionador de problemas al proceso de la enfermedad en las que las estrategias utilizadas serían aquellas centradas en el problema, mientras que el otro

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

grupo, el otro de corte más emocional al proceso de enfermedad utilizaría más las estrategias centradas en la emoción.

- Claramente el grupo solucionador de problemas mantiene el uso de estrategias centradas en el problema, evaluada mediante los cuestionarios no centrados en el cáncer, y más bajo en las centradas en la emoción. Mientras que al otro grupo lo ocurre lo contrario.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Limitaciones del estudio

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No se han eliminado los pacientes que habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo, por lo que nos podemos encontrar con un sesgo muestral. Del mismo modo los pacientes no han sido aleatorizados, se seleccionan según salen de quirófano después de realizarles mastectomía o cuadrectomía.

A la hora de administrar los cuestionarios había pacientes a las que se les leía los ítems por parte del investigador ya que no lo entendían. A su vez debido a la extensión de los cuestionarios administrados, el gran número de ítems hace que las pacientes presenten cansancio mientras se les administra.

También debemos tener en cuenta que hacemos una generalización de los resultados, teniendo una muestra de 150 pacientes.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Referencias

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

8. REFERENCIAS

- Ader, R., Cohen, N. (1993)). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J. (1987). Appraisal of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Alonso, R., Andreu, Y. (1990). Reacción emocional diferencial en distintos tipos de cáncer. Valencia, *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*.
- Álvarez, J.A. (1998). *El cáncer, proceso oncológico integral*, pp. 79-99. Imprenta Moderna. León.
- Amelang, M., Schmidt-Rathjens, C. (1996). Personality, cancer and coronary heart disease: Further evidence on a controversial issue. *British Journal of Health Psychology*, 1, 191-205.

Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 319-342.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.

Andersen, B.L., Kiecolt-Glaser y Glaser, R. (1994). A bio behavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist* 49, 5, 389-404.

Andreu, Y. (1987). *Creación de un cuestionario para las pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics, Universidad de Valencia.

Andreu, Y. y Galdón, M.J. (1989). *Un primer acercamiento a la evaluación del ajuste emocional del paciente oncológico*. *Anales de Psiquiatría*, 5, 348-358.

Andreu, Y. y Mira, J. (1989). *Psicología Oncológica*. *Phronesis*, 10, 2, 53-66.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Andreu, Y., Galdón, M.J. e Ibáñez, E. (1991). Reacciones Emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3, 2, 283-296.

Andreu, Y. e Ibáñez, E. (1993). Un estudio cuasi-normal sobre personalidad Tipo C. *Boletín de Psicología*, 40, 37-51.

Andreu, Y. (1998) Personalidad Tipo C. Historia y validez del concepto. *Boletín de Psicología*, 59, 75-104.

Astin, J.A., Anton-Culver, H., Schwartz, C.E., Shapiro, D.H., McQuade, J., Breuer, A.M., Taylor, T.H., Lee, H. & Kurosaki, T. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of Balancing control coping styles. *Behavioral Medicine*, 25, 101-109.

Baider, I. Perez, T. & Kaplan De-Nour, A. (1989). *Gender and adjustment to chronic disease. A study of couple with colon cancer. General Hospital Psychiatry*, 11, 1-8.

Baltrusch, H.J., Stangel, W. & Titze, I. (1991). Stress, cancer and immunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurológica*, 13, 4, 315-327.

- Bandura, A. (1997) Self-efficacy and health behavior. En A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.) *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 160-162. Cambridge University Press.
- Banks, J.K., Gannon, L.R. (1988). The influence of Hardiness on the relationship between stressors and psychosomatic symptomatology. *American Journal of Community Psychology*, 16, 1, 25-37.
- Barreto, M.P., Forner, E. (1986). Introducción a la Psicología Oncológica. En Belloch, A. Barreto, M.P. (Eds.) *Psicología Clínica: Trastornos bio-psicosociales*. Valencia. Ed. Promolibro, 174-213.
- Barreto, M.P., Capafons, A., Ibáñez, E. (1991). ¿Depresión y cáncer o Adaptación y cáncer? En Ibáñez, E. (Ed.) *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Valencia. Ed. Promolibro, 53-71.
- Bayés, R. (1985, 1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.
- Beckham, J.C., Burker, E.J., Lytle, B.L., Feldman, M.E., Costtakis, M.J. (1997). Self-efficacy and Adjustment in

cancer patients: a preliminary report. *Behavioral Medicine*, 23, 138-142.

Benedicts, S., Williams, R., Baron, P. (1994). Recalled anxiety: from discovery to diagnosis of a benign breast mass. *Oncology Nursing Forum*, 21, 1723-1727.

Bermúdez, J. (1991). Estilo de vida y salud, precisiones conceptuales y metodológicas. En E. Ibáñez (Ed), *Psicología de la Salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro, 21-35.

Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro (com.), *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós, 153-176.

Bjorck, J.P., Hopp, D.P., Jones, L.W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: effects of mental adjustment, optimism and appraisal. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, 1, 71-85.

Blanco, M.S., Navia, V.A. (1986). Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica. *Estudios de Psicología*, 25, 5-35.

Blanchard, C., Albrecht, T., Ruckdeschel, J., Grant, C., Hemmick, R. (1995). The role of social support in

adaptation to cancer and to survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 1/2, 75-95.

Blasco, M.A., Bonilla, F. (2001). *Superar el Cáncer, Guía práctica de prevención y tratamiento*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.

Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T., Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y estrés*, 5, 261-273.

Bleiker, E.M.A. (1995). *Personality factors and breast cancer. A prospective study of the relationship between psychological factors and the development of breast cancer*. Thesis Vrije Universiteit Amsterdam.

Bleiker, E.M.A., Ploeg, H.M. van der., Ader, H.H. (1996). Personality factors and breast cancer development: A prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88, 20, 1478-1482.

Bleiker, E.M.A., Ploeg, H.M. van der. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: review of a popular link. *Patient Education and Counselling*, 37, 201-214.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Bloom, J.R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Sciences and Medicine*, 16, 1329-1338.
- Boer, H., Elving, W.J.L., Seydel, E.R. (1998). Psychosocial factors and mental health in cancer patients: opportunities for health promotion. *Psychology, Health and Medicine*, 3, 1, 71-79.
- Borrás, F.X., Casas, J.M., Roldan, R.M., Bayés, R., Cuchillo, C.M (1988). Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis*, 11, 360-368.
- Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *European Journal of Cancer Care*, 7, 181-191.
- Brady, S., Helgenson, V. (1999). Social support and adjustment to recurrence of breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, 2, 37-55.
- Brémond, A., Hune, G.A., Bahnson, C.B. (1986). Psychosomatic factors in breast cancer patient. Results of a case control study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5, 127-136.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psychooncology*, 10, 1, 1-18.

Buddeberg, C., Wolf, C., Sieber, M., y cols. (1991). Coping strategies and course of disease of breast cancer patients. *Psychotherapy Psychosomatics*, 55, 151-157.

Burgess, C., Morris, T., Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis II: Evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 3, 263-272.

Burgess, C.C., Ramirez, A.J., Smith, P., Richards, M.A. (2000). Do adverse life events and mood disorders influence delayed presentation of breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 2, 171-175.

Burnet, F.M. (1957). Cancer: a biological approach. *British Medical Journal*, 1, 779-786.

Burton, M.V., Parker, R.W., Farrell, A., y cols. (1995). A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-Oncology*, 4, 1-9.

- Butler, L.D., Koopman, C., Classen, C., Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18, 6, 555-560.
- Butow, P.N., Hiller, J.E., Price, M.A., Thackway, S.V., Krickler, A., Tennant, C.C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 3, 169-181.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A., Perez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0, 101-112.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.F., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Clack, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early

stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.F., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Clack, K.C. (1994). Optimism vs. Pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.

Cella, D.F., Tross, S., Orav, E.J., Holland, J.C., Silberfarb, P.M., Rafla, S. (1989). Mood states of patients after the diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 45-54.

CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª Revisión de la clasificación internacional de enfermedades*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. J.J. López-Ibor (Ed.). Madrid: Meditor.

Classen, C., Koopman, C., Angell, K., Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434-437.

Cohen, S., Mackay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: An Empirical review. A. Baum, J.

Singer y S. Taylor (Eds.). *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 253-267.

Cohen, S., Herbert, T.B., (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.

Compas, B.E., Frankel, M., Harding, A., Oppedeisano, G., Epping-Jordan, J.E., Krang, D. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and treatment*, 54, 195-203.

Cooper, C. (1986). *Estrés y Cáncer*. Madrid: Díaz Santos, S.A.

Cooper, C. (1988). Personality, life stress and cancerous disease. En Fisher, S., Reason, J. (Eds.). *Handbook of life stress, cognition and health*. John Wiley & Sons Ltd.

Cooper, C.L., Cooper, R., Faragher, E.B. (1989). Incidence and perception of psychosocial stress: the relationship with breast cancer. *Psychological Medicine*, 19, 415-422.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Cooper, C.L., Faragher, E.B. (1992). Coping strategies and breast disorders/cancer. *Psychological Medicine*, 22, 447-455.

Cooper, C.L., Faragher, E.B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies, and personality. *Psychological Medicine*, 23, 653-662.

Cooper, C.L. (1996). *Handbook of stress, medicine and health*. Boca Raton, Fl, Us: CRC Press, Inc.

Com, B.H., Rounds, J.B., Zevon, M.A (1990). Psychosocial factors in the development of breast cancer: A meta-analysis. *98º Annual Convention of the APA*, Boston, MA, August 10-14.

Cortés-Funes, H., Díaz-Rubio, E., García Vilanova, A., Herranz Fernández, C., Martínez, C., Muñoz Villa, A., Petschen Verdaguer, I., Santos Miranda, J.A., Soler, D., Valladares Sánchez, Y. (1995). *Segundo Libro Blanco de la Oncología en España*. FESEO (Federación de Sociedades Españolas de Oncología). Madrid.

Crane-Okada, A.R. (2000). Facing a breast problem: Factors contributing to psychological distress and delay in diagnosis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (8-B), pp. 3848.

Cheang, A., Cooper, C.L. (1985). Psychosocial factors in breast cancer. *Stress and Medicine*, 1, 61-66.

Chen, Ch.Ch., David, A., Thompson, K., Smith, C., Lea, S., Fahy, T. (1996). Coping strategies and Psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 3, 265-270.

Dean, C. (1988). Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 125.

Dean, C., Surtess, P.G. (1989) Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic research*, 33, 561-569.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S.E., Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.

- Edelman, S., Kidman, A.d. (1997). Mind and cancer: Is there a relationship? A review of evidence. *Australian Psychologist*, 32, 2, 79-85.
- Edwards, J.R., Cooper, C.L., Pearl, S.G., Paredes, E.S., de, O'Leary, T., Wilhelm, M.C. (1990). The relationship between psychosocial factors and breast cancer: some unexpected results. *Behavioral Medicine*, 16, 5-14.
- Ell, K.O., Mantell, J.E., Hamovitch, M.B., Nishimoto, R.H. (1989). Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 3, 63-89.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedissano, G., Gerhardt, C., Primo, K., Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 4, 315-326.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Ewertz, M. (1986). Bereavement and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 53, 701-703.

Eysenck, H.J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and Individual Differences*, 6, 5, 535-556.

Eysenck, H.J. (1988). Personality, stress and cancer: predictions and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 57-75.

Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 16, 167-215.

Faller, H., Lang, H., Schilling, S. (1996). Causal "cancer personality" attribution an expression of maladaptive coping with illness? *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychopathologie und Psychotherapie*, 44, 104-116.

Faragher, E.B. (1996). Life events, coping, and cancer. Cooper (Ed). *Handbook of stress, medicine, and health*, 159-175.

Faragher, E.B., Cooper, C.L. (1997). Are life events related to the onset of breast cancer? *Psychological Medicine*, 27, 2, 497-499.

Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R., Morton, D.A. (1990). A Structures psychiatric intervention for cancer patients. I. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.

Felton, B.J., Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 3, 343-353.

Fernández-Ballesteros, R., Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: H.J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50, 4, 447-464.

Fernández-Ballesteros, R., Ruiz, M.A., Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Ferrero, J., Barreto, M.P. (1992). Algunas consideraciones teóricas sobre las relaciones entre psicología y cáncer. *Oncología*, 15, 9, 434-440.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Ferrero, J., Barreto, M.P., Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Ferrero, J., Toledo, M., Barreto, M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 1, 87-102.
- Fife, B.L., Kennedy, V.N., Robinson, L. (1994). Gender and adjustment to cancer: Clinical Implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 1-21.
- Fitzpatric, R., Newman, S., Archer, R., Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*, 33, 605-611.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839—852.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLonguis, A., Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988b). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Sciences and Medicine*, 26, 3, 309-317.
- Forsen, A. (1990). Psychosocial aspects of breast cancer. *Psychiatria Fennica*, 21, 189-200.
- Fox, B.H., Temoshok, L., Dreher, H. (1988). Mind-Body and Behavior in Cancer Incidence. *Advances*, 5, 4, 41-60.

- Fridfinnsdottir, E.B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.
- Friedman, H.S. (1990). *Personality and disease*. Ny: Wiley & Sons.
- Friedman, L.C., Nelson, D.V., Baer, P.E., Lane, M., Smith, F.E., Dworkin, R.J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 127-141.
- Geyer, S. (1991). Life events prior to manifestation of breast cancer: a limited prospective study covering eight years before diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 2/3, 355-363.
- Geyer, S. (1993). Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Sciences and Medicine*, 37, 12, 1545-1555.
- Gil, S., Gilbar, O. (2001). Hopelessness among cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19, 1, Special Issue, 21-33.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Girardi, T., Rodani, M.G., Cartei, G., Grassi, L. (1997). Psychosocial factors and breast cancer: A 6 years Italian follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 5, 229-236.
- Goldstein, D.A., Antoni, M.H. (1989). The distribution of repressive coping styles among non-metastatic and metastatic breast cancer patients as compared to non-cancer patients. *Psychology and Health*, 3, 245-258.
- González Martínez, M.T., García González, M.L. (1997). Evaluación de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 18, 4, 17-27.
- González de Rivera, J.L. (1991). Factores de estrés y enfermedad. Cátedra de Psiquiatría, Fac. de Medicina, U. de la Laguna, Tenerife. *Actas Luso-Esp. Neurología y Psiquiatría*, 19, 6, 290-297.
- Grassi, L., Molinari, S. (1988). Pattern of emotional control and psychological reactions to breast cancer: a preliminary report. *Psychological Reports*, 62, 727-732.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A., Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.

Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A., Ramelli, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of Affective Disorders*, 44, 1, 21-30.

Greer, S., Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.

Greer, S., Morris, T. (1978). The study of psychological factors in breast cancer: problems of method. *Social Sciences and Medicine*, 12, 129-134.

Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effects on outcome. *The Lancet*, 13, ii, 785-787.

Greer, S., Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Sciences and Medicine*, 20, 773-777.

- Greer, S., Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 3, 439-453.
- Greer, S., Morris, T., Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer: The Mental Adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-377.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W., Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *The Lancet*, I; 49-50.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *British Medicine Journal*, 304, 675-680.
- Grossarth-Maticek, R. (1980). Psychosocial predictors of cancer and internal diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 122-128.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T., Schmidt, R., Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 284-302.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Hack, T.F., Degner, L.F. (1999). Coping with breast cancer: a cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 185-194.
- Harcourt, D., Rumsey, N., Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 4, 1, 57-71.
- Heim, E., Augustiny, K.F., Schaffner, L., Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 5, 523-542.
- Heim, E., Schaffner, L., Valach, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Helgeson, V., Cohen, S., Fritz, H. (1998). Social ties and cancer. En Holland in cancer treatment. *Health Care for Women Internacional*, 21, 1, 67-76.
- Hempton, M.R., Frombach, I. (2000). Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Women Internacional*, 21, 1, 67-76.

Holmes, T., Rahe, R. (1967). The social readjustment Rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 11, 213-218.

Holland, J.C. (1990). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies. En J.C. Holland, J.H. Rowland (Eds.) *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. NY: Oxford University Press, 705-726.

Hopwood, P., Keeling, F., Long, A., Pool, C., Evans, G., Howell, A. (1998). Psychological support needs for women at high genetic risk of breast cancer. Some preliminary indicators. *Psycho-Oncology*, 7, 402-412.

Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, M.A. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Horowitz, M.J. (1982). Stress response syndromes and their treatment. En L. Goldberger y S. Breznitz. (Eds.) *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical aspects*. Free Press, New York, 711-732.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Hughes, J. (1987). *Cancer and Emotion: Psychological preludes and reactions to cancer*. Chinchester, John Wiley & Sons Ltd.
- Ibañez, E. (1984). *Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer*. En Ibañez (Ed) (1991), *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Promolibro, Valencia, 39-52.
- Ibañez, E. (1991). *Estilos de vida y enfermedad. Historia y visicitudes de un concepto*. En Ibañez (Ed) (1991). *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Promolibro, Valencia, 11-20.
- Ibañez, E., Romero, R., Andreu, Y. (1992). Personalidad Tipo C: una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, 35, 49-79.
- Ibañez, E. (1996). Una breve historia de la Psico-Oncología. En R. Usieto. *Prevención y tratamiento oncológico del cáncer de mama*, 91-115. Ed. Cesa. Madrid.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67, 1097-1117.

- Jacobs, J.R., Bovasso, G.B. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine*, 30, 3, 669-678.
- Jansen, M.R., (1987). Psychological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.
- Jasmin, C., Lê, M.G., Marty, P., Herzberg, R., The Psycho-Oncologic Group (P.O.G.) (1990). Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. *Annals of Oncology*, 1, 22-29.
- Jarret, S.R., Ramírez, A.J., Richards, M.A., Weinman, J. (1992). Measuring coping in breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 6, 593-602.
- Jensen, M.R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.
- Kahalid, R., Gul, A. (2000). Posttraumatic stress disorder like symptoms in breast cancer patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26, 1-2, 47-55.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Kaplan, G.A., Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 1, 1-13.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Fisher, L.D., Ogrocki, P., Stout, J., Speicher, C.E., Glaser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine*, 49, 1, 13-34.
- Klaver, T., Ferring, D., Filipp, S.H. (1998). "Still stable after all this?" Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. International Journal of Behavioral Development*, 22, 2, 339-355.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Khan, S. (1982). Hardiness and Health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1, 168-177.
- Kobasa, S.C., Puccetti, M.C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 4, 839-850.

Kreitler, S., Kreitler, H., Chaitchik, S., Shaked, S., Shaked, T. (1997). Psychological and medical predictors of disease course in breast cancer: a prospective study. *European Journal of Personality*, 11, 383-400.

Kreitler, S. (1999). Denial in cáncer patients. *Cancer Investigation*, 17, 7, 514-534.

Kripke, M.L. (1988). Immunoregulation of carcinogénesis: past, Present and Future. *Journal National Cancer Institute*, 80, 722-727.

Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J. E., Glimelius, B., Brodin, O., Sjöden, P.O. (1994). Coping, Psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncologica*, 33, 8, 887-894.

Labrador, F. (1992). *El Estrés: Nuevas técnicas para su control*. Temas de Hoy.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R.S. (1990). Stress, coping and illness. En H. S. Friedman (Ed.) *Personality and disease*, 97-120. New York: Wiley.
- Lazarus, R.S. (1993a). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R.S. (1993b). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 23.
- Levy, S.M., Heberman, R.B., Whiteside, T., y cols (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 73-85
- Levy, S.M., Heberman, R.B., Lippman, M., D'Angelo, T., Lee, j. (1991). Inminological and Psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behavioral Medicine*, 11, 2, 67-75

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Linkins, R.W., Comstock, G.W. (1988) Depressed mood and development of cancer. *American journal of Epidemiology*, 128, 894

Manne, S.L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K. L. , Redd, W.H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cáncer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 1, 41-55

Marks, G., Richardson, J.L., Graham, J.W., Levine, A. (1986). Role of health locus de control beliefs and expectations of treatments efficacy in adjustment to cáncer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 443-450

McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cáncer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236

McCrae, R.R., Costa, P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.

McCrae, R.R., Costa, P.T. (1995). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-

factor model. Wiggins (Ed.): *The Five-Factor Model of Personality: Theoretical perspectives*. Guilford, New York

McDaniel, J.S., Musselman, D.L., Porter, M.R., Reed, D.A., Nemeroff, C. (1995). Depression in patients with cáncer: Daignosis, biology ans treatment. *Archives of general Psychiatry*, 52, 89-99

McGee, R., Williams, S., Elwood, M. (1996). Are life events related to the onset of breast cáncer?. *Psychological Medicine*. 26,3, 441-447

McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B. Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and development of breast cáncer: A Meta-analisis. *Health Psychology*, 18, 5, 520-531

Merluzzi, T.V., Nairn, R.C., Hedge, K., Martínez Sánchez, M.A., Dunn, L. (2001). Self-Efficacy for coping with cáncer: revisión of the Cáncer Behavior Inventory (2.0). *Psycho-Oncology*, 10, 206-217.

Mettlin, C. (1999). Global Breast cáncer mortality statistics. *A cancer Journal for Clinicians*, 49,3, 138-144.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Meyerowitz, B.E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132

Miller, D.L., Manne, S.L. Taylor, K., Keates, j., Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cáncer: the effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3,2, 115-130.

Moorey, S., Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cáncer: A new approach*. London: Heinemann Medical Books

Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1984) The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En R.H. Moos, (Ed.) *Coping with physical illness: New Perspectives*, 3-25. New York, Plenum Press.

Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Golberger, L. Y Breznitz, S. Eds. Free Press, New York

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Morris, T., Greer, S., White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. A two years follow-up study. *Cancer*, 40, 2381-2387

Morris, T., Pettingale, K.W., Haybittel, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 1, 105-114.

Mulder, C. L., Pompe, G. Van der, Spiegel, D., Antoni, M.H., de Vries, M.J. (1992). Do the psychosocial factors influence the course of breast cancer?. A review of recent literatura, methodological problems and future directions. *Psycho-Oncology*, 1, 3, 155, 167

Nezu, C. M., Nezu A, M., Friedman, S.H., Houts, P.S., Dellicarpini, L., Bildner, C., Faddis, S. (1999) Cancer and psychological distress: Two investigations regarding the role of social problema-solving. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16, 3-4, 27-40.

Nicholls, J. D. (1995). Analysis of prior and present skills of adults with cancer. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences & Engineering*, 55(8-B), pp. 3568.

Nordin, K., Berglund, G., Terje, i., Glimelius, B. (1999b). The mental adjustment to cancer scale- A psychometric analysis and concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, 250-259.

Ossowiecki, D., Compas, B.E. (1999) A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 2, 169-180.

Parle, M., Jones, B., Maguire, P. (1996). Maladaptative coping and affective disorders among cancer patients, *Psychological Medicine*, 26, 735-744.

Pelechano, V., Matud, D., de Miguel, A. (1993) Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de conducta*, 19, 63, 91-149.

Pettingale, K.W, Greer, S., Tee, D.H.E. (1977). Serum IgA and emotional expression in breast cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 395-399.

Pettingale, K.W., Morris, T., Greer, S., Haybittle, J.L. (1985). Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. *Lancet*, 30, 750.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Pitman, R.K., Lanes, D.M., Williston, S.K., Guillaume, J. L., Metzger, L.J., Gehr, G.M., Orr, S.P. (2001). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42, 2, 133-140.
- Poole, K.P. The emergence of the waiting game: a critical examination of the psychosocial issues in diagnosing breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 273-281.
- Reed, G.M. Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang H-YJ, Visser, B.R. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Riley, V. (1981). Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia. *Science*, 212, 1100-1109.
- Rodrigue, J.R., Behem, J.M., Tumlin, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 205-214.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 n°1

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Sabbioni, M.E.E. (1991). Cancer and stress: a posible role for psychoneuroimmunology in cancer research?. S.L. Cooper y M. Watson (Eds), *Cancer and Stress*, 3-26. England, John Wiley & Sons Ltd.

Salander, P., Windahal, G. (1999). Does "denial" really cover our everyday experiences in clinical oncology? A critical view from a psychoanalytic perspective on the use of "denial". *British Journal of Medicine Psychology*, 72,2, 267-279.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco, Freeman.

Seyle, H. (1956). *The stress of life*. New York, McGraw-Hill.

Seyle, H. (1983). The stress concept: past, present and future. C.L. Cooper, *Stress Research. Issues for the Eighties*. New York, John Wiley & Sons.

Shapiro, D.H. (1988) Hacia una medicina comportamental comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20,1, 27-43.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Sherliker, L., Steptoe, A. (2000). Coping with new treatments for cancer: a feasibility study of daily diary measures. *Patient Education and Counseling*, 40, 11-19.

Sklar, L.S., Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89, 369-406.

Somerfield, M.R., Curbow, B. (1992). Methodological issues and research strategies in the study of coping with cancer. *Social Science and Medicine*, 34, 11, 1203-1216.

Somerfield, M.R., Stefanek, M.E., Smith, T.J., PAdberg, J.J. (1999). A systems model for adaptation to somatic distress among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 8, 334-343.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.

Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gottheis, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, ii, 888-891.

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stanton, A.L., Snider, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Stoll, B.A. (1988). Neuroendocrine and psychoendocrine influences on breast cancer growth. C.L. Cooper (Ed). *Stress and Breast Cancer*. England, John Wilwy & Sons Ltd.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychology*, Nov, 1161-1173.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 3, 489-502.
- Taylor, S.E., Armor, D.A. (1996) Positive illusions and coping with adversity. *Journal os Personality*, 64, 873-898.

Temoshok, L., Fox, B.H. (1894). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. B.H. Foxx y B.H. Newberry (Eds.), *Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer an Immunity*, C.J. Hogrefe.

Temoshok, L, Heller, B.W, Sagebiel, R.W., Blois, M.S., Sweet, D. M., Diclemente, R.J., Gold, M.L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.

Temoshok, L (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6,3, 545-567.

Temoshok, L, Dreher, A.W. (1992). *The Type C conecction*. New York: Random House.

Thomas, S.F., Marks, D.F. (1995). The Measurement of coping breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4, 231-237.

Thompson, S.C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M.E., Schwnskovsky, L., Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in

low-control circumstances. *Journal of Personality and social Psychology*, 64, 2, 293-304.

Thompson, S.C., Collins, M.A. (1995). Applications of Percieved Control to Cancer: An overview of Thoery and Measurement. *Psychosocial Oncology*, 13, 1-2, 11-26.

Tjemslan, L., Soreide, J.A., Malt, U.F. (1996a). Traumatic distress symptoms in early breast cancer I: Acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology*, 5, 1-8.

Tjemslan, L., Soreide, J.A., Malt, U.F. (1996b). Traumatic distress symptoms in early breast cancer II:Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5, 295-303.

Van't Spijker, A., Trijsburg, R.W., Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: Ametaanalytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59, 3, 280-293.

Watson, D, Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of five-factor model. *Journal of Personality*, 64, 737-774.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

- Watson, M., Greer, S. (1983). Development of Questionnaire Measure os Emotional Control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.
- Watson, M., Pettingale, K., Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 28, 467-473.
- Watson, M. (1988). Breast cancer: Psychological factors influencing progression. Cooper (Ed), *Stress and Breast Cancer*. New York: Jonh Wiley & Sons Ltd.
- Watson, M, Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., Robertson, C. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Watson, M., Greer, S., Bliss, J. (1989). Mental Adjustment to Cancer sacle: User´s Manual. Surrey, UK: CRC Psychological Medicine Research Group.
- Watson, M., Greer, S., Pruyn, J., van den Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer.. *Psychological Reports*, 66, 39-48.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J., Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

Watson, M., Ramirez, A. (1991). Psychological factors in cancer prognosis. Cl. Cooper y M. Watson (Eds), *Cancer and Stress*. New York: Wiley; 47-71.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of The Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12,3, 33-46.

Watson, M., Greer, S. (1998). Personality and Coping. J Holland, *Psycho-Oncology*, 91-98, New York: Oxford University Press.

Watson, M. Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J.M. (1999). Influence os psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 16, 1331- 1336.

Weisman, A. (1979). *Coping with cancer*. New York: McGraw Hill.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 6, 361-370.

LISTADO DE DIRECCIONES DE INTERNET CONSULTADAS.

<http://www.aecc.es> Asociación Española Contra el Cáncer.

<http://www.bne.es> Biblioteca Nacional de España.

<http://www.bps.org.uk> British Psychological Society.

<http://www.cancer.org/frames.html> American Cancer Society.

<http://www.cancercare.org> Organización Cancercare.

<http://www.cancernet.nci.nih.gov/health.html> National Cancer Institute.

<http://www.cgcom.org/fcaecc> Biblioteca fundación científica de la AECC.

<http://www.csic.es> Biblioteca general de humanidades CSIC.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

<http://www.ine.es> Registro epidemiológicos españoles del Instituto Nacional de Estadística.

<http://icr.ac.uk/library/olib/htm> Biblioteca del Institute Cancer Research. Royal Marsden Hospital, Londres.

<http://www.medscape.com> Información Oncología.

<http://www.msc.es> Ministerio de Sanidad y Consumo.

<http://www.psiquiatria.com> da acceso a www.medline.com y <http://www.psiquiatria.com/psicologia>.

<http://www.who.int> Organización Mundial de la Salud.

Anexos

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

ANEXO 1.

Datos Sociodemográficos.

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

1. Edad:_____ años

2. Profesión: Fuera de Casa_____ Ama de casa_____

3. Número de hijos:_____

4. Lactancia materna: Si_____ No_____

5. Diagnóstico (tipo de tumor)

6. Evaluación de la enfermedad (tipo de intervención quirúrgica):
 - Q+VAX_____
 - MRM_____

7. Periodo libre de la enfermedad: _____meses.

8. Tratamiento:
 - Quimioterapia: _____
 - Radioterapia: _____
 - Hormonoterapia: _____
 - TAMO: _____
 - Otras: _____

9. Tiempo transcurrido desde aparición del primer síntoma y acudir al médico: _____ días

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

10. Antecedentes de la enfermedad: Si_____ No_____

11. Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo: Si_____ No_____

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

ANEXO 2.

Instrumentos empleados en la evaluación

WCS

Después de leer la frase ponga una cruz en el lugar que corresponde.

1. Totalmente de acuerdo.
2. Bastante de acuerdo
3. Poco de acuerdo
4. Nada de acuerdo

		1	2	3	4
1	Me he centrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación.				
2	Hice algo en lo que no creía pero lo al menos no me quedé sin hacer nada				
3	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación				
4	Me critiqué o sermoneé a mí mismo				
5	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión				
6	No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta				
7	Confíe en que ocurriera un milagro				
8	Seguí adelante con mi destino simplemente algunas veces tengo mala suerte				
9	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
10	Intenté guardar para mí mis sentimientos				
11	Busqué algún resquicio de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.				
12	Dormí más de lo habitual				
13	Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema				
14	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona				
15	Me sentí inspirado para hacer algo creativo				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

16	Intenté olvidarme de todo				
17	Busqué la ayuda de un profesional				
18	Cambié, maduré como persona				
19	Me disculpé o hice algo para compensar				
20	Desarrolle un plan de acción y lo seguí				
21	De algún modo expresé mis sentimientos				
22	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema				
23	Salí de la experiencia mejor de lo que entré				
24	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
25	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomado drogas o medicamentos.				
26	Tomé una decisión importante o hice algo arriesgado				
27	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
28	Tuve fe en algo nuevo				
29	Redescubrí lo que es importante en la vida				
30	Cambié algo para que las cosas fueran bien				
31	Evité estar con gente en general				
32	No permití que me venciera, rehusé pensar mucho tiempo en el problema				
33	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo				
34	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas				
35	No tomé en serio la situación, me negué a considerarla en serio				
36	Le conté a alguien como me sentía				
37	Me mantuve firme y peleé por lo que creía				
38	Me desquité con los demás				
39	Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes en una situación similar.				
40	Sabía lo que había que hacer así que redoblé mis esfuerzos para que las cosas funcionaran bien				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

41	Me negué a creer lo que había ocurrido				
42	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez				
43	Propuse un par de soluciones distintas al problema				
44	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas				
45	Cambié algo de mi				
46	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo				
47	Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas				
48	Recé				
49	Repasé mentalmente lo que haría o diría				
50	Pensé como dominaría la situación alguna persona a la que admiro y la tomé como modelo				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

CSI

Después de leer la frase ponga una cruz en el lugar que corresponde.

1. Totalmente de acuerdo.
2. Bastante de acuerdo
3. Poco de acuerdo
4. Nada de acuerdo

		1	2	3	4
1	Contó sus sentimientos a algún amigo				
2	Reorganizó las cosas a su alrededor de tal manera que le facilitara la solución del problema				
3	Recorrió todas las soluciones posibles antes de decidir qué hacer				
4	Intentó distraerse del problema				
5	Acepto la simpatía y el entendimiento de alguien				
6	Hizo todo lo posible para evitar que los demás vieran lo mala que son las cosas				
7	Habló con la gente de la situación porque el hablar le ayudó a sentirse mejor				
8	Estableció algunas metas para manejar la situación				
9	Sopesó las opciones cuidadosamente				
10	Soñó con tiempo mejores				
11	Intentó resolver la situación de distintas maneras hasta que alguna funcionó				
12	Contó sus miedos y preocupaciones a algún amigo o similar				
13	Pasó más tiempo del normal solo				
14	Contó a la gente la situación porque ello le ayudó a encontrar situaciones				
15	Pensó lo que necesitaba hacer para enderezar las cosas				
16	Puso toda su atención para resolver el problema				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

17	Elaboró un plan de acción mentalmente				
18	Vio la televisión más de lo normal				
19	Buscó a algún amigo o similar para que le ayudara a sentirse mejor				
20	Se mantuvo firme y luchó por lo que quería en la situación				
21	Evitó permanecer con la gente en general				
22	Se metió de lleno en alguna afición o actividad deportiva para evitar el problema				
23	Vio a algún amigo o similar para que le ayudara a sentirse mejor				
24	Vio algún amigo para que le aconsejara como cambiar la situación				
25	Aceptó la simpatía y comprensión de personas que habían tenido el mismo problema				
26	Durmió más de lo normal				
27	Fantaseó con que las cosas pudieran ser diferentes				
28	Se identificó con personajes de películas o novelas				
29	Intentó resolver el problema				
30	Deseó que la gente le dejara solo				
31	Aceptó la ayuda de algún amigo o similar				
32	Buscó que sus conocidos la tranquilizaran				
33	Intentó elaborar un plan de acción cuidadosamente más que actuar impulsivamente				

COPE

Después de leer la frase ponga una cruz en el lugar que corresponde.

1. Totalmente de acuerdo.
2. Bastante de acuerdo
3. Poco de acuerdo
4. Nada de acuerdo

		1	2	3	4
1	Rechacé el creer que había ocurrido				
2	Pensé en otras cosas más que en estas				
3	Comenté mis sentimientos con alguien				
4	Hice todo lo posible para intentar librarme del problema				
5	Volví a trabajar o hice otras cosas para no preocuparme por el problema				
6	Intenté elaborar una estrategia sobre cómo actuar				
7	Me frené para no hacer algo rápidamente				
8	Descarté otras actividades para concentrarme en otras				
9	Concentré mis esfuerzos en hacer algo al respecto				
10	Me mantuve fuera de la distracción de otros pensamientos y actividades.				
11	Busqué consejo de alguien de qué hacer				
12	Hice lo que había que hacer, una cosa detrás de otra				
13	Busqué la ayuda de Dios				
14	Le conté a alguien cómo me había sentido				
15	Procuré que otras cosas no interfirieran mis esfuerzos en el manejo de este problema				
16	No hice nada hasta que la situación lo permitió				
17	Pensé de manera firme y sistemática sobre qué pasos seguir para resolver el problema				
18	Intenté ver el problema desde un punto de vista más				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

	positivo				
19	Pregunté a la gente que había tenido experiencias similares lo que habían hecho				
20	Me acostumbré a la idea de que había ocurrido				
21	Hablé con alguien para saber más sobre la situación				
22	Me esforcé el tiempo necesario para hacer algo				
23	Intenté buscar apoyo emocional de amigos u otras personas				
24	Realicé acciones directas para resolver el problema				
25	Busqué algo positivo en lo que había ocurrido				
26	Me concentré en resolver estos problemas y deje otras cosas de lado si hizo falta				
27	Aprendí algo de la experiencia				
28	Recé más de lo habitual				
29	Expresé mis sentimientos				
30	Busqué el entendimiento y simpatía de alguien				
31	Actué pensando que no había sucedido				
32	Intenté crecer como persona como resultado de la situación				
33	Hablé con alguien que pudiera hacer algo concreto sobre el problema				
34	Acepté que había ocurrido y que no podía cambiarse				
35	Me aseguré de no dejar las cosas peor por actuar demasiado pronto				
36	Acepté que había sucedido				
37	Reduje el esfuerzo que había puesto en resolver el problema				
38	Puse mi confianza en Dios				
39	Admití que no podía con el problema y dejé de intentar resolverlo				
40	Tenía mucho malestar emocional y expresé esos sentimientos				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

41	Estaba trastornado y me daba cuenta de ello				
42	Aprendí a vivir con el problema				
43	Pretendí que realmente no hubiera ocurrido				
44	Intenté encontrar consuelo en mi religión				
45	Rehusé conseguir lo que quería				
46	Vi televisión para pensar menos en el problema				
47	Me encontraba mal y expresé mis emociones				
48	Pensé sobre cómo podría manejar mejor el problema				
49	Dormí más de lo habitual				
50	Rechacé conseguir mi objetivo				
51	Elaboré un plan de acción				
52	Me dije a mi mismo que no era real				
53	Bebí alcohol o tomé drogas para pensar menos en el problema				

MAC

Después de leer la frase ponga una cruz en el lugar que corresponde.

1. Totalmente de acuerdo.
2. Bastante de acuerdo
3. Poco de acuerdo
4. Nada de acuerdo

		1	2	3	4
1	Estoy haciendo cosas que creo que pueden mejorar mi salud (ej. cambio de dieta...)				
2	Me siento incapaz de hacer algo para animarme				
3	Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro				
4	Mi actitud positiva puede beneficiar mi estado de salud				
5	No pienso demasiado en mi enfermedad				
6	Creo firmemente que me puedo poner bien				
7	Pienso que nada de lo que yo pueda hacer puede influir en mi estado físico				
8	Lo dejo todo en mano de mis médicos				
9	Vivo sin esperanza				
10	Hago cosas que creo que pueden mejoran mi salud (por ej. ejercicio...)				
11	Desde que conozco mi diagnóstico valora más la vida y la disfruto mucho más				
12	Mi vida está en manos de Dios				
13	Tengo planes para el futuro (
14	Temo volver a caer enfermo o que empeore la enfermedad que tengo				
15	He tenido una vida la que me queda es un buen regalo				
16	Pienso que mi estado mental puede influir en mi salud				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama

17	Creo que no puedo hacer nada para ayudarme				
18	Intento vivir ahora igual que vivía antes de la enfermedad				
19	Me gustaría conocer a personas que estén en la misma situación que yo				
20	Estoy dispuesto a tomármelo todo con calma				
21	Me cuesta creer que me haya sucedido esto a mi				
22	Tengo una gran ansiedad a causa de mi enfermedad				
23	No tengo muchas esperanzas acerca de mi futuro				
24	Por el momento vivo el día a día				
25	Estoy como si hubiese renunciado a todo				
26	Intento tomar mi enfermedad con sentido del humor				
27	Hay gente que se preocupa más por sí mismo que lo que me preocupo yo				
28	Creo que otras personas están peor que yo				
29	Intento tener el máximo de información a cerca de mi enfermedad				
30	Creo que no puedo controlar lo que me está sucediendo				
31	Intento tener una actitud lo más positiva posible				
32	Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en mi enfermedad				
33	Evito informarme más acerca de mi enfermedad				
34	Me toma la enfermedad como un desafío personal				
35	Soy fatalista con respecto a mi enfermedad				
36	Estoy totalmente perdido acerca de lo que debo hacer				
37	Me angustia mucho lo que me ha sucedido				
38	Realmente no me creo que estoy enfermo				
39	Pienso en los beneficios que me ha generado mi enfermedad				
40	Intentó luchar contra la enfermedad				

Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama