

Mastectomía Afrontamiento y Autoestima

**MUJERES MASTECTOMIZADAS: AFRONTAMIENTO Y
AUTOESTIMA**

**OSMANY ALVAREZ RAMOS
YOLEIDA GUARNIZO BUELVAS
KAREN KELSY PARRA**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
Cartagena de Indias D. T.
2005**

Mastectomía Afrontamiento y Autoestima

**MUJERES MASTECTOMIZADAS: AFRONTAMIENTO Y
AUTOESTIMA**

Monografía para obtener el título de Psicología

**Tutora
Jimena Palacios
Psicóloga**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
Cartagena de Indias D. T.
2005**

Mastectomía Afrontamiento y Autoestima

Nota de Aceptación

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

Cartagena, 20 de agosto de 2005

Artículo 105

“La Universidad Tecnológica de Bolívar se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados y no pueden ser explotados comercialmente, sin su autorización”.

Cartagena, 16 de Noviembre de 2005

Por medio de la presente autorizamos a la Universidad Tecnológica de Bolívar el uso del siguiente trabajo de investigación realizado por las estudiantes **Osmany Alvarez Ramos** c.c. 50.920.087 de Montarí, **Karen Kelsy Parra** c.c 45.543.749 de Cartagena y **Yoleida Guarnizo Buevas** c.c.32.938.583 de Cartagena

OSMANY ALVAREZ RAMOS
c.c 50.920.087 de Montería

KAREN KELSY PARRA
c.c 45.543.749 de Cartagena

YOLEIDA GUARNIZO BUELVAS
c.c 32.938.583 de Cartagena

Dedicatoria

A **Dios** todo Poderoso, Ser supremos que me ha proporcionado en el transcurso de mi vida, bendiciones, fortaleza y sabiduría para superar las diferentes etapas de la vida.

A mi Hijo, **Daniel A. Rodríguez Alvarez**, Quien es mi razón de ser y la persona que me impulsa constantemente a salir triunfante en las metas propuestas.

A mis **Padres y Hermanos**, Quienes con su amor, comprensión, confianza y consejos me han enseñado lo importante que son los lazos familiares y de la misma manera han fortalecido las bases personales, sociales, académicas y laborales.

A **Karen Kelsy y Yoleida Guarnizo**, Quienes me han enseñado que la amistad esta basado en la confianza, el respeto y el cariño constante, alimentado por una llamada, un abrazo y detalles que fortalecen al ser humano en cualquier actividad de nuestras vidas.

Osmany Alvarez Ramos

Dedicatoria

A **DIOS**, todo poderoso por haberme dado la oportunidad de crecer en una familia maravillosa, la cual me ha apoyado siempre, y me han brindado su cariño. De igual manera me permitió que hoy día pueda finalizar una etapa de mi vida y darle comienzo a otra.

A mis padres **GUILLERMO KELSY ECHENIQUE, AMINE BEDRAN CUETO y JUDITH KELSY BEDRAN**, los cuales siempre me han brindado su amor incondicional.

A los **Amigos** que he encontrado en estos cinco años de carrera los cuales me han ayudado para que este sueño se halla convertido en realidad,

A **Yoleida Guarnizo y Osmany Alvarez** las cuales me enseñaron que si se trabaja con todo el corazón por un mismo sueño el camino se hace más llevadero.

Karen kelsy Parra

Dedicatoria

Hoy, un triunfo mas en mi vida y todo eso gracias a **DIOS** por irradiarme energía positiva, por darme fortaleza y ánimos de superación cuando estaba a punto de desfallecer y hacerme caer en cuenta que cuando la lluvia amenazaba en volverse tormenta el estaba allí para protegerme.

A mis **Padres** que me dieron el suficiente amor y valor para seguir caminando por este duro pero productivo camino.

A **Karen Kelsy** por hacerme reír y lo mejor de todo soportarme mis intensidades cuando las cosas no estaban saliendo de la mejor manera, a **Osmany Alvarez** por darme voz de aliento, por ser tan compresiva y dedicada en este arduo trabajo que con el esfuerzo y dedicación de las tres se pudo llevar a una excelente culminación.

Y por ultimo a todas aquellas personas que de una u otra manera estuvieron allí apoyándome incondicionalmente cuando mas las necesite.... **mil Gracias.**

Yoleida Guarnizo Buelvas

CONTENIDO

Resumen

Introducción

Justificación

Objetivos

Objetivo General

Objetivo Especifico

El afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

Cáncer de mama

Definición de cáncer

Definición de cáncer de mama

Clasificación y topología

Factores de riesgo

Tratamiento

Mastectomía

Efectos de la mastectomía

Físicos

Psicológicos

Reacciones emocionales

Afrontamiento

Autoestima

Relación entre autoestima y afrontamiento

Optimismo

Arreglo Emocional

Conducta proactiva

Apoyo social

Creencias religiosas

Intervención psicológica en pacientes con cáncer

Intervención psicológica para mujeres mastectomizadas

Método

Tipo de investigación

Diseño

Participantes

Espacio y tiempo cubierto por la investigación

Instrumentos

Procedimiento

Resultados

Conclusión

Discusión

Recomendaciones

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

La mastectomía como tratamiento terapéutico les permite a las mujeres con cáncer de mama, remover la neoplasia que allí se encuentra, y aumentar la posibilidad de vida, dependiendo de algunas variables como el estadio en el que se encuentra, si hay o no metástasis, la edad, otro tipo de tratamientos, entre otras cosas. Este tratamiento, de alguna manera, también influye en la calidad de vida, especialmente algunos aspectos como autoestima, y la forma como estas mujeres afrontan la vida. Esta investigación trata de describir específicamente como este tratamiento puede haber modificado estos factores en mujeres de la costa atlántica específicamente del departamento de Bolívar, y de la ciudad de Cartagena; y encontrar como se correlacionan estos factores con algunos otros como el apoyo social, la ocupación y otros factores sociodemográficos.

ABSTRAC

The mastectomía as therapeutic processing permits the women with breast cancer, to remove the neoplasia that there is found, and to enlarge the possibility of life, depending on some variables as the stadium in which is found, if there is or not metástasis, the age, another type of processing, among others things. This processing, of some way, also influences in the quality of life, especially some aspects as self esteem , and forms it like these women they confront the life. This investigation tries to describe specifically as this processing may have modified these factors in women of the Atlantic coast specifically of the department of Bolívar, and of the city of Cartagena; and to find as these factors are correlated with some other as the social support, the occupation and other factors sociodemográficos.

Introducción

Desde finales del pasado siglo reaparecieron las primeras manifestaciones del interés científico por los aspectos psicológicos y sociales vinculados al cáncer. Las primeras publicaciones relativas a la educación pública, en aras de lograr la detección precoz de signos tempranos de la enfermedad aparecen alrededor de 1915 (Holland, 1992).

Sin embargo, la participación de las particularidades psicobiológicas de las personas y su predisposición a contraer determinadas enfermedades entre ellas el cáncer, es un hecho que se asume desde los tiempos de Hipócrates antes de nuestra era y con Galeno en la Edad Antigua. Este último pensador en su momento llegó a hacer proposiciones realmente sorprendentes para su época. Señaló que las mujeres flemáticas eran más propensas a enfermar de cáncer de mama que las sanguíneas (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990).

Este presupuesto articulado en un marco conceptual y metodológico diferente, ha tomado cuerpo en algunas teorías que tratan de demostrar el vínculo entre los factores psicológicos y sociales y las neoplasias malignas. En particular en el caso del cáncer de mama especialmente en la mujer, que es quien presenta una mayor incidencia a nivel mundial de esta enfermedad, la cual también constituye la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino en los países con economía propia del primer mundo. El tener en cuenta esta alta incidencia, conduce a asumir que el negativo impacto psicosocial del cáncer y la mastectomía representa un importante problema social que reclama urgente solución (Meyerowitz, 1980).

Las glándulas mamarias tienen un doble significado para la mujer, ya que son, en primer lugar, vistas como componentes de la feminidad y sexualidad, y en segundo lugar, como símbolo y medio natural para el amamantamiento. Por ello y conociendo la importancia que representa para la mujer su aspecto físico y en

especial las mamas, es común que cuando se enfrentan a una cirugía de carácter mutilante como es la mastectomía presenten reacciones de angustia, ansiedad y miedo, en el periodo pre y postoperatorio, y que durante la internación ocurran conflictos, entre los cuales, se pueden ver el distanciamiento de la familia, y de los amigos y la pérdida de posición social y profesional, situaciones que deben ser afrontadas por las pacientes (Swatchz,1985).

Las estrategias de afrontamiento van encaminadas a reducir el impacto negativo del estrés sobre el bienestar individual. Estas estrategias están dirigidas hacia los determinantes del estrés y su éxito o fracaso, está condicionado por diferentes factores entre los que se destacan la naturaleza de las demandas, los recursos individuales y diferentes factores situacionales y se constituyen en mediadores de los efectos del estrés sobre el individuo y actúan a través de diferentes vías, una de ellas está referida a la modificación de la percepción de estresores que amenazan el bienestar (Florez, 1993).

En la investigación se tuvo en cuenta el concepto de auto-percepción como la apreciación de si mismo tanto en sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable (Mock, 1993).

Por todo lo anterior, se propuso describir y analizar la autopercepción corporal y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres mastectomizadas que están en proceso de rehabilitación en los diferentes centros oncológicos de la ciudad de Cartagena-Colombia.

Justificación

Teniendo en cuenta que existen varios programas de rehabilitación en diferentes países para mujeres mastectomizadas y en Colombia hay pocos medios para intervenir con esta población, surge como motivo de investigación describir y analizar la autopercepción corporal y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres mastectomizadas, que están en proceso de rehabilitación en los diferentes centros oncológicos de la ciudad de Cartagena-Colombia.

A nivel psicosocial, el diagnóstico y cirugía del cáncer de mama constituyen una fuente importante de malestar emocional, que se traduce fundamentalmente en problemas de ansiedad y depresión, que suelen aparecer en las fases iniciales de la enfermedad. A esto se pueden sumar problemas referidos al daño en la autoestima e imagen corporal (a causa de la amputación parcial o total de la mama), miedos y preocupación ante la enfermedad (Castellote y Bellido, 2000)

De acuerdo con estos autores, a nivel social es frecuente también, como consecuencia de los aspectos anteriormente mencionados, la aparición de dificultades de ajuste social, principalmente en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja y sexuales; por lo tanto, la mujer suele presentar un retraimiento social y sexual, así como una reducción de sus actividades cotidianas y una excesiva focalización en los aspectos relacionados con su enfermedad. Así mismo, plantean que a nivel físico hay una elevada incidencia de linfedema (acumulación del fluido tisular que no puede ser drenado por vía linfática) a causa de la cirugía. Esta complicación va, a menudo, acompañada de debilidad en el brazo, rigidez, dolor, insensibilidad y limitación del movimiento que dificultan la rehabilitación de la mujer y, por lo tanto, reducen su calidad de vida.

Desde el punto de vista científico y teórico, se han venido realizando investigaciones que buscan disminuir la mortalidad de cáncer de mama y del mismo modo, prevenir el inicio de esta enfermedad. Tal es el caso de la investigación realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en el 2004 en la que se descubrieron características de un gen que provoca cáncer de mama. De acuerdo con Morales (2004), "la importancia de este proyecto es

poder prevenir el cáncer de mama en Chile, lo que va a permitir disminuir la mortalidad". De esa manera ya no se hará frente a un cáncer Terminal, sino a un cáncer incipiente al que es posible detener. Con ello, se mejora la expectativa y la calidad de vida de las personas (Morales, 2004).

Por todo lo anteriormente expuesto, esta investigación permitirá contribuir a que la sociedad conozca los mecanismos de afrontamiento utilizados por estas mujeres, cómo se perciben a sí mismas y a la vez recomendar estrategias que permitan mejorar su estilo de vida y específicamente, su calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general

Describir cuáles son las estrategias de afrontamiento y el nivel de autoestima de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de las mujeres mastectomizadas que conforman la muestra

Identificar cuál es el estilo de afrontamiento que predomina en las mujeres mastectomizadas

Identificar cuál es el estilo de afrontamiento que menos se presenta en las mujeres mastectomizadas

Identificar el sentimiento de satisfacción o insatisfacción que tienen con ellas mismas las mujeres mastectomizadas

Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento predominantes de acuerdo con la edad

Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento predominantes de acuerdo con el estado civil

Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento predominantes de acuerdo con la ocupación

Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento predominantes de acuerdo con el tiempo de mastectomización

Mastectomía Afrontamiento y Autoestima

Identificar cuántas de las participantes que percibe tener apoyo social, tiene estilos de afrontamiento adaptativos

Identificar cuántas de las participantes perciben que su pareja ha cambiado y de qué manera lo ha hecho.

Describir cuál es la razón más común por la cual las participantes creen que su pareja ha cambiado.

El afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

Aspectos biológicos del cáncer de mama y de su tratamiento

La enfermedad neoplásica o cáncer es un trastorno resultante de la presencia de una población celular alterada, que ha venido independiente de los controles normales y de las influencias organizadoras de los tejidos adyacentes (Solídoro, 1984).

Una proliferación celular y crecimiento relativamente absolutos son comunes a todas la neoplásicas. Pero, a diferencia de los tumores benignos, la neoplasia maligna tiene las propiedades adicionales de invasión local de tejidos y diseminación metastasica a sitios anatómicos distantes (Solidoro, 1984).

De acuerdo con este mismo autor, el cáncer es una enfermedad curable y el factor pronóstico de curación más importante es el tamaño de la masa tumoral; además, la magnitud de la enfermedad depende del momento en que se hace el diagnóstico.

La mama en términos sencillos, es una glándula modificada situada sobre la aponeurosis pectoral y la musculatura de la pared torácico revistiendo la jaula postal anterior alta, rodeada de una capa de grasa e incluida en una cubierta de piel (Wilson, 1987).

El tejido mamario se extiende hacia la axila formando la llamada cola asilar de spencer. Cada glándula mamaria esta formada por 12 a 20 glóbulos glandulares o acinos, a modo de racimos de uva con los tallos representando el sistema ramificado de conductos. Estos conductos están rodeados de tejidos conectivos especializados que se halla bajo control hormonal y es diferente del estroma general de la mama (Wilson 1987) .

Cada conducto tiene una dilatación ampollosa mas allá de la cual se ramifica antes de abrirse en la superficie del pezón este se halla rodeado de piel circular pigmentada llamada la areola, que contiene fibras musculares lisas contráctiles para facilitar la contracción del pezón (Wilson 1987).

Estos conductos están revestidos de una sola capa de células epiteliales, hay una segunda capa plana de célula que actúa como una membrana basal de la epidermis, esta “capa de reserva” reproduce las células de revestimiento, y puede proliferar en diversos procesos patológicos como la hiperplasia quística y el carcinoma ductal (Wilson 1987).

La señal inicial mas frecuente de cáncer de mama es una masa en el órgano, generalmente indolora y muchas veces descubierta por accidente por la propia paciente, pero hay bastantes identificadas por primera vez por el medico en el curso de un examen sistemático (Wilson, 1987).

Aunque las quejas iniciales de una paciente con cáncer mamario suelen relacionarse con la propia mama, a veces los primeros síntomas o signos son de enfermedad metastática en esqueleto, axilas, zona supraclavicular o pulmones (Wilson, 1987).

El carcinoma de mama presenta diversos aspectos biológicos en cuanto a relaciones de huésped-tumor. Algunos canceres mamarios hacen metástasis antes que el tumor primario pueda ser identificado, otros siguen siendo localmente invasores durante años sin manifestar difusión a distancia a pesar de la ausencia del tratamiento (Wilson, 1987).

La mayor parte de pacientes con cáncer de mama quedan en estos dos extremos; en general, este proceso de cáncer de mama puede considerarse un tumor que tiende a difundir en etapa temprana de su evolución y por vía tanto

linfática como hematológica, y originar metástasis muy difusas. Es frecuente el origen multicéntrico en una o en ambas mamas (Shires, 1987).

De acuerdo con Wilson (1987), el cáncer de mama posee una clasificación específica (TNM) (tabla 1) y luego se determinan las etapas o estadíos (tabla 2).

Tabla 1.

Clasificación TNM para el cáncer de mama

Clasificación T	Características
T1	Tumor de 2 cm o menos en su dimensión máxima: piel no afectada o afectada con enfermedad de paget.
T2	Tumor de más de 2 cm; o con fijación a la piel; o retracción del pezón. Sin fijación a músculo pectoral o pared torácica.
T3	Tumor de cualquier volumen, con algunos de los siguientes hechos: infiltración cutánea, úlcera cutánea, piel de naranja, edema de la piel, fijación al músculo pectoral o pared torácicas.
Clasificación N	
N0	sin ganglios linfáticos clínicamente palpables
N1	ganglios linfáticos axilares clínicamente palpables, pero no fijos
N2	ganglios clínicamente palpables homolaterales axilares o infraclaviculares fijados unos a otros, o bien a otras estructuras
Clasificación M	
M0	sin metástasis a distancia
M1	Signos clínicos y radiográficos de metástasis, excepto los de ganglios linfáticos axilares o infraclaviculares homolaterales.

Nota. T hace referencia a tumor local; N hace referencia a nódulo o ganglios linfáticos regionales y M hace referencia a metástasis a distancia

Tabla 2.

Los estadíos del cáncer de mama y sus respectivas características

Etapas	Características
---------------	------------------------

Mastectomía Afrontamiento y Autoestima

0 – carcinoma in situ	<p>Carcinoma ductal in situ (CDIS): es un trastorno precanceroso que algunas veces se convierte en un tipo de cáncer invasor mamario (es decir, cáncer que se ha esparcido desde el conducto a los tejidos circundantes)</p> <p>Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer, más bien un marcador o indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasor (es decir, cáncer que se ha esparcido a los tejidos circundantes). Es común que ambas mamas estén afectadas.</p>
I	<p>Tumor con tamaño no mayor a 2 centímetros (Aproximadamente 1 pulgada).</p> <p>No se ha diseminado fuera de la mama.</p>
II A	<p>Tiene un tamaño no mayor centímetros(aproximadamente 1 pulgada) pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo) o</p> <p>Tiene entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares</p>
B	<p>Tiene un tamaño entre 2 y 5 centímetros (1-2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos axilares bajo el brazo) o</p> <p>Tiene un tamaño mayor a 5 centímetros aproximadamente 2 pulgadas) pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.</p>
III A	<p>Tiene un tamaño inferior a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos o a otras estructuras o</p> <p>Tiene un tamaño mayor a 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos pueden estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.</p>
B	<p>Se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales) o</p> <p>Se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de las mamas o debajo de los brazos.</p>
C	<p>Podría diseminarse a los tejidos cerca de las mamas (la piel o la pared pectoral incluyendo las costillas y músculos del pecho), pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo la clavícula y cerca del cuello</p>
IV	<p>Se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o Cerebro.</p>

Nota. Tomado y adaptado de Herrera, A. (2000). *Manual de Oncología*. (1ª edición). México. Mc Graw Hill. Págs. 313-360

Existen diferentes causas que originan el cáncer de mama entre las cuales están los factores genéticos, dietarios, físicos, químicos, entre otros (Lynch, 1991).

Factores genéticos.

Cáncer de mama esporádico (CME): Una paciente con cáncer de mama sin antecedentes familiares de esta afección en dos generaciones, incluyendo

hermanos, descendientes, padres, tíos y tías y las dos parejas de abuelos. (Henderson, Lynch, 1991)

Cáncer de mama familiar (CMF): Una paciente con cáncer de mama y un antecedente familiar que incluye uno o más familiares de primero o segundo grado de esta afección que no se ajusta a la definición de cáncer de mama hereditario (Henderson, Lynch, 1991).

Cáncer de mama Hereditario (CMH): Una paciente de cáncer de mama antecedente familiar positivo de la afección y en ocasión cánceres relacionados (por Ej., ovario, colon) con frecuencia y distribución alta en la genealogía compatible con un factor de susceptibilidad de cáncer autosómico dominante, de gran penetrancia. Otros factores que apoyan la clasificación CMH incluyen inicio frecuente a una edad temprana en la premenopausia y mayor frecuencia de cáncer bilateral de la mama y otros cánceres primarios múltiples (Henderson, Lynch, 1991).

El riesgo de cáncer de mama hereditario depende de la genealogía y al parecer es independiente de la edad en el primer embarazo y mayor cuando una biopsia confirma una hiperplasia atípica (Henderson y Lynch, 1991).

Influencias dietéticas.

Existe una relación causal entre la grasa de mamíferos de la dieta y la frecuencia de cáncer de mama. Los alimentos fritos, ricos en grasa pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama casi al doble (Comité de Nutrición y la Academia de Ciencias Nacional de Cáncer, 1997)

Uso de hormonas.

Los anticonceptivos orales combinados no tienen efecto en el riesgo de cáncer de mama, cuando lo utilizan mujeres en los años medios de su vida reproductiva

(entre los 25 y 39 años). Estos datos corresponden a la ingesta de anticonceptivos durante muchos años (Kalache, 1991).

El riesgo de cáncer de mama no aumenta ni disminuye por el uso de anticonceptivo inyectable, acetato de depomedroxiprogesterona (Lipnik y colaboradores, 1991).

Obesidad: La mayoría de los datos sugieren que el riesgo de cáncer de mama se correlaciona de manera directa con el peso relativo; en mujeres obesas el riesgo es de 1.5 a 2 veces mayor. Este incremento relativo de riesgo se restringe en mujeres posmenopáusicas (Vessey, 1991).

Lactancia materna y menopausia: Se pensaba que lactancia materna prolongada (36 meses durante la vida) era un método que reducía el riesgo de cáncer de mama. Ya no se considera que esta observación sea válida (Vezeridis, 1991).

Procreación y Fertilidad. La infertilidad y la nuliparidad confieren una probabilidad más alta (30% a 70%) de cáncer de mama en comparación con mujeres que han tenido hijos. Cuanto menor es la edad al momento del primer embarazo el riesgo disminuye de manera proporcional (Harvey y Brinton, 1991).

Neoplasias Primarias Múltiples. Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama primario tienen un riesgo 3 a 4 veces mayor de otro cáncer primario en la mama contralateral (Harvey y Brinton, 1991).

Radiación. Las mujeres que se tratan con dosis altas de radiación, y quienes se han hecho múltiples exámenes radioscópicos de tórax para tratamiento de tuberculosis pulmonar tienen una frecuencia más alta de cáncer de mama (Harvey y Brinton, 1991).

El riesgo de cáncer de mama se reduce después de la radioterapia por cáncer de cuello y como resultado de una disminución de los estrógenos (Harvey y Brinton, 1991).

Es posible que el cáncer haga metástasis dentro de cualquier periodo del crecimiento neoplásico después de las primeras implicaciones. Los índices de crecimiento de tumores en sitios distantes tienen una gran variación; ello explica que puedan diagnosticarse lesiones primarias bastantes años antes de detectarse metástasis (Copeland, 1991).

A medida que aumenta el tamaño de la masa pequeña de células de cáncer de mama, es posible que se derramen varias células a espacios celulares y se transporten hacia la red linfática rica de la mama o a espacios venosos. Cuando se han duplicado unas 20 veces, estas masas tumorales pequeñas adquieren su riego como una red de neovascularización. Más adelante estas células pueden diseminarse directamente a la sangre venosa sistemática. En la sangre las células tumorales son eliminadas con avidez por linfocitos asesinos naturales y macrófago (Swathz, 1991).

Rara vez se implanta con éxito un foco metastásico proveniente de un cáncer de mama hasta que la lesión indica que se excede de 0.5 cm de diámetro transversal; este tamaño corresponde a duplicaciones de la masa del tumor (Swathz, 1991).

El número de ganglios linfáticos con enfermedad metastásica es inversamente proporcional al tiempo de supervivencia de la paciente, otro indicador pronóstico importante es el tamaño del tumor y se correlaciona de manera directa con la probabilidad de metástasis ganglionares. La metástasis oculta en ganglios linfáticos axilares (micro metástasis) en supervivientes a los 5 años son muy similares a las de enfermas sin afección ganglional (Swathz, 1991).

Conforme el tumor crece, invade el parénquima circundante de la mama, la fibrosis y respuesta desmoplásica concurrentes atrapan y acortan los ligamentos suspensorios de Cooper y producen la piel de naranja característica o retracción de la piel (Swathz, 1991).

Los espacios endolinfáticos se llenan de embolos subdérmicos de células neoplásicas y por ultimo invaden el corion. La invasión de la piel es precedida de edema localizado; la eficacia del drenaje de liquido linfático de la piel se altera (Swathz 1991).

Si las células tumorales continúan creciendo en el corion, se ulcerara el epitelio. A medida que se invaden nuevas áreas de piel se observan pequeños módulos satélites cerca del cráter de la ulcera (Swathz 1991).

Los capilares venosos son invadidos y se diseminan células tumorales a la circulación que pasa a través de venas intercostales centrales externas, axilares o internas para penetrar en la circulación pulmonar o a través de las venas vertebrales que siguen hasta arriba y abajo del raquis (Swathz 1991).

Al expandirse la masa tumoral después de la duplicación celular se exfolian células de tumor y pasan a lo largo de los espacios linfáticos a los cuadrantes supero externos o penetran en el plexo capilar rico para comunicarse con ganglio linfáticos parasternales de la circulación sistémica. Es posible que allá implantación linfática y crecimiento local regional o distante (Swathz 1991).

Cuando se incluye cualquier área linfática regional al inicio los ganglios son burdos y suaves y a continuación toman una configuración dura, firme o fija con la expansión creciente del tumor (Swathz 1991).

Por último, se adhieren entre si y forman una masa conglomerada grande (fija). Las células de tumor pueden pasar a través de la cápsula y fijarse a

linfáticos de tejidos blandos, estructuras contiguas, o ambos, de la axila o la pared torácica. De manera característica los ganglios axilares se afectan en forma progresiva desde las regiones bajas (nivel I) a central (nivel II) hasta la apical (nivel III) (Swathz 1991).

La diseminación sistémica es crítica porque más del 95% de las enfermas que mueren por cáncer de mama no controlable tienen metástasis distante. La correlación pronóstica más importante para una enfermedad recurrente y la supervivencia es el estado ganglionar (Swathz 1991).

Las pacientes con ganglios negativos tienen 20 a 25% de recaídas comparadas con las de ganglios positivos en quienes la frecuencia es de 50 a 75%. Las pacientes con ganglios positivos presentan recurrencia de preferencia en órganos y tejidos distantes. Los sitios más comunes de afección diseminada incluyen huesos (40 a 60 %), pulmón (15 a 20%), pleura (10 a 15%), tejidos blandos (7 a 15%), e hígado (5 a 15%). En general 10 al 30% de las recurrencias son locales, 60 al 90% distante y 10 al 30% local y distantes (Swathz 1991).

Existen diferentes tipos de patología en el cáncer de mama, la clasificación del carcinoma mamario consiste en permitir una estandarización para el tratamiento del cáncer operable, y brinda un método para establecer el pronóstico. La simple clasificación histopatológica del cáncer mamario no puede esperarse que logre esto, pero cuando se añaden la etapa clínica y el grado histológico al dato de tipo histológico al dato de tipo del tumor, entonces cabe esperar un método más preciso de pronóstico (Wilson, 1987).

Se han efectuado varios intentos para establecer una clasificación práctica del cáncer mamario según criterios morfológicos, adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) (tabla 3).

Tabla 3.

Clasificación del cáncer de mama según la OMS (1987)

Carcinoma del pezón
enfermedad de paget

Carcinoma de los conductos

no infiltrantes:
papilar
Comedón.

Infiltrantes:
papilar
comedon
adenocarcinoma con fibrosis
Carcinoma medular con infiltración
linfoide.

Carcinoma de lobulillos
no infiltrantes
Infiltrantes.

El examen de un tejido mamario normal bajo el microscopio es la única forma segura de determinar cual será el tratamiento. Una masa discreta palpable de la mama, sea cual sea su movilidad, el tiempo que lleve de existencia, o la índole benigna de cualquier biopsia previa, debe considerarse inacción primaria para biopsia (Wilson, 1987).

Las lesiones persistentemente costrosas e inflamadas o eccematoides del pezón y la exudación sanguinolenta a nivel del mismo también son inacciones importantes de la biopsia (Haagensen y Obeid, 1987). La biopsia triple ha sido creada como una manera de identificar la paciente con enfermedad aparentemente operable en quien se ha producido una difusión ganglionar suficiente para que su proceso se considere “no curable” por mastectomía radical (Haagensen y Obeid, 1987).

Las biopsias se efectúan con anestesia local varios días antes de la mastectomía prevista. Además de la masa de la mama, los ganglios que se extirpan y se estudian histológicamente son los axilares más altos y los de cadena mamaria interna ipsolateral a nivel de los tres primeros espacios intercostales (Haagensen y Obeid, 1987).

El hecho de poder elegir entre diversos métodos para tratamiento de cáncer mamario primario potencialmente curable indica que no existe unanimidad de opinión acerca de cual sea el mejor tratamiento, y que todos tienen sus inconvenientes (Wilson, 1987).

La elección de una intervención quirúrgica va desde la simple extirpación de la masa hasta la mastectomía superradical; el problema que se le plantea al cirujano es seleccionar un tratamiento que brinde para el futuro de las mayores probabilidades de curación de la enfermedad con invalidez mínima (Wilson, 1987).

Cualquier compromiso con el tratamiento para lograr lo que pueda considerarse menor invalidez no está justificado, pero tampoco está demostrado de manera categórica que la extensión de la extirpación glandular y linfática o la irradiación sean proporcionales a la curación o la supervivencia a largo plazo (Wilson, 1987).

La mastectomía radical es la disección en bloque de todos los tejidos, supresión de los músculos pectorales, disección de ganglios axilares y extirpación amplia de la piel al rededor de los tumores mamarios (Halsted, 1890).

Durante esta cirugía es necesario seleccionar cuidadosamente las pacientes para excluir las que ya son incurables si quiere obtener los mejores resultados posibles. También ha insistido en que la operación se efectúe de manera meticulosa con cuatro características esenciales (Haagensen, 1986):

1. disección meticulosa de colgajos cutáneos delgados, sacrificando virtualmente toda la piel que cubre la mama.

2. Disección de la pared torácica suprimiendo tejido subcutáneo, piel y ambos músculos pectorales, y permitir que caigan lateralmente.
3. Disección de la axila como ultima etapa, con sacrificio del haz neurovascular toracodorsal.
4. Injerto de piel en el defecto de la pared torácica, esencial para todos los pacientes.

También existen otras clases de mastectomía. La mastectomía simple que es la extracción de toda la mama pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo (Ganglios Axilares). El procedimiento se basa en una incisión en la mama, mientras la paciente se encuentra anestesiada (inconsciente y sin dolor). Se retira el tejido mamario de la piel y músculo subyacentes. Por lo general, se dejan colocados uno o dos drenajes plásticos para evitar que se acumule líquido en el espacio donde se alojaba el tejido mamario. El cirujano es quien decide cuándo se retiran los drenajes, típicamente, cuando la cantidad de líquido que drena disminuye a un volumen aceptable, lo cual varía entre unos pocos días y una semana o más. Muchas mujeres se van para su casa con los drenajes, los cuales se retiran durante una visita al consultorio. Es posible reconstruir la mama (con implantes artificiales o tejido propio) en la misma operación (reconstrucción inmediata) o en una fecha posterior, después de que se suministran otros tratamientos (reconstrucción retardada). La reconstrucción suma complejidad a la cirugía. Las decisiones acerca de someterse a la reconstrucción de la mama y el mejor momento para ello se toman en conjunto entre la mujer y sus médicos y comprenden la consideración de muchos factores individuales (Enciclopedia médica: mastectomía, 2004). La mastectomía radical ampliada, consiste en la extirpación de la musculatura pectoral y la mama, se corta el esternón en el lado de la lesión y se ligan los vasos mamarios internos a nivel de la primera costilla. Se extirpan las costillas segunda, tercera, cuarta y quinta en sus porciones condrales, y se ligan los vasos intercostales a nivel del borde de esta disección. La cadena ganglionar mamaria interna se suprime con esta pieza; también se extirpa la pleura parietal. La pleura se sutura a los músculos intercostales para

cerrar el mediastino (Spratt, 1967). Por otra parte, está la mastectomía simple, con radioterapia o sin ella. Esta cirugía está destinada a suprimir únicamente tejido mamario y pezón, y menos piel de revestimiento que la mastectomía radical. No suele necesitar injerto de piel; la toma de muestras de ganglios axilares tampoco es obligada con esta intervención (Crile, 1984).

La mastectomía es una cirugía muy segura y la mayoría de las pacientes se recupera bien, sin complicaciones. Sin embargo, como con cualquier cirugía hay riesgos como son sangrados, infección y lesiones en los tejidos circundantes. Es posible que se presenten molestias postoperatorias y dolor, los cuales pueden tratarse de manera efectiva con medicamentos. También quedará una cicatriz en la pared torácica. La cicatrización es una consecuencia de cualquier cirugía y es inevitable. Los riesgos de la anestesia general son problemas respiratorios y cardíacos potenciales, así como posibles reacciones a los medicamentos. Para una mujer con buenas condiciones de salud, el riesgo de una complicación grave debida a la anestesia general es de menos del 1%. Los riesgos relacionados específicamente con la extirpación de la mama comprenden el compromiso del flujo sanguíneo hacia la piel de la pared torácica, que puede provocar la pérdida de un poco de piel. En circunstancias muy extremas, esta complicación puede requerir un injerto de piel, pero es muy poco común. También existe un riesgo de sangrado en el espacio que antes ocupaba la mama. En algunas ocasiones, se requiere una segunda operación para controlar el sangrado, pero también es poco común. (Existen riesgos relacionados específicamente con la extracción de los ganglios linfáticos cercanos (diseción axilar). Muchas pacientes experimentan rigidez del hombro después de la extracción de los ganglios linfáticos de la axila. Esta rigidez mejora con el tiempo, especialmente con el ejercicio y la fisioterapia (Enciclopedia médica: mastectomía ,2004):

Se puede recoger una acumulación de líquido, denominada un seroma, en la axila. Este es relativamente común y por lo general se resuelve solo, pero puede requerir drenaje con aguja.

Debido a que los ganglios linfáticos axilares normalmente drenan el exceso de líquido del brazo, la extracción de estos puede provocar inflamación post-

operatoria del brazo del mismo lado de la mama que se ha extirpado. Esta inflamación (denominada linfedema) es poco común, pero cuando se presenta puede ser un problema persistente y conlleva un aumento del riesgo de infección.

Existen algunos nervios importantes en el área de los ganglios linfáticos axilares que se ponen en riesgo durante la cirugía y muchas pacientes presentarán una zona entumecida en la parte interior del brazo después de la cirugía. También se encuentran en riesgo nervios que van a los músculos de la espalda y la pared torácica, pero el cirujano realiza todos los esfuerzos para protegerlos durante la cirugía.

También existen riesgos relacionados con la cirugía reconstructiva; si ésta se realizó utilizando un implante, existe un aumento del riesgo de infección. También se presenta el riesgo de que se contraiga la cicatriz alrededor del implante. Lo anterior puede hacer que la mama se sienta dura y se puede tratar mediante la extracción/reemplazo del implante. Cada una de estas alternativas implica otra cirugía. Las cicatrices quirúrgicas se pueden desvanecer con el tiempo, pero nunca desaparecen por completo. La reconstrucción mediante el uso de tejido nativo del abdomen, espalda o glúteos acarrea un mayor riesgo de sangrado y una pequeña posibilidad de que el tejido transferido pierda su suministro de sangre y se deba retirar (Enciclopedia médica: mastectomía, 2004)

Resulta inobjetable el hecho de que el cáncer de mama puede constituir un estresor significativo para cualquier mujer, por el impacto psicológico que tiene una enfermedad que amenaza un órgano ligado esencialmente a la sexualidad, a la autoimagen, a la feminidad, a la autoestima y a la capacidad reproductora (Moreno y Pérez, 1997). Sin embargo el ajuste a la enfermedad, parece depender más de los recursos de la mujer para el afrontamiento, en particular de su sistema de creencias, del apoyo social que perciba la enferma, así como de su imagen corporal íntegra (Rodríguez y Villanueva, 1995).

Afrontamiento y autoestima en el cáncer de mama

El término “afrentar” es un dicho coloquial Británico. Significa literalmente enfrentarse a un adversario o a un obstáculo de frente, o luchar contra un enemigo victoriosamente, en un plano de igualdad. Afrontar significa también ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza (Webster's, 1979)

De acuerdo con (Folkman y Lazarus, 1980), el afrontamiento consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar las demandas. El afrontamiento busca de algún modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas.

El afrontamiento es un esfuerzo saludable o malsano consciente o inconsciente para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes para tolerar sus efectos de una manera menos perjudicial (Matheny, 1986)

Los esfuerzos de afrontamiento no siempre son saludables y constructivos. La gente a veces adopta estrategias de afrontamiento que a veces le causan más problemas. Es decir, los esfuerzos de afrontamiento pueden tener un objetivo positivo pero el resultado puede ser cualquiera menos positivos (Matheny, 1986)

El afrontamiento eficaz depende de tener determinados recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. Entre los rasgos personales más importantes se encuentra la autoeficacia, el optimismo, la percepción de control y la autoestima (Caballo, 1998)

Los recursos sociales incluyen la familia, los amigos, el trabajo, y los sistemas oficiales de ayuda. Los recursos físicos incluyen una buena salud, adecuada energía física, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera (Caballo, 1998).

De acuerdo con (Menaghan, 1983) se puede considerar el afrontamiento en términos de tres aspectos de orden superior: los recursos de afrontamientos, estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento: constituyen la línea de suministro de las estrategias de afrontamiento. Es decir, son las ventajas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación.

Las estrategias de afrontamiento: Se refiere a las actuaciones y planes directos utilizados para disminuir o eliminar el estrés.

Los estilos de afrontamiento: Son las formas habituales o estereotipadas de enfrentarse a una crisis.

El afrontamiento eficaz depende de tener determinados recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. Entre los rasgos personales más importantes se encuentran la autoeficacia, el optimismo, la percepción de control y la autoestima. Los recursos físicos incluyen una buena salud, adecuada energía física, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera (Caballo, 1998)

Lo que pensamos de nosotros mismos, el autoconcepto, está moldeado por experiencias pasadas, pero influye de manera poderosa en la manera como enfrentamos los estímulos estresantes actuales. El autoconcepto también moldea nuestras expectativas de éxito en el futuro (Caballo, 1998)

Los éxitos pasados de afrontamiento alimentan un autoconcepto positivo. Esto hace más fácil vérselas con los estímulos estresantes actuales y normalmente genera unas expectativas hacia el éxito en el futuro. El fracaso hace más difíciles los esfuerzos de afrontamiento actuales y puede plantear un conjunto de expectativas de fracaso para el futuro (Caballo, 1998)

El afrontamiento utiliza varios constructos entre los que se encuentran la autoeficacia, entendiéndose esta como la creencia de que uno puede controlar los acontecimientos o afrontar las demandas estresantes (Bandura, 1977).

“Las expectativas de dominio personal afectan a la iniciación y a la persistencia de la conducta de afrontamiento. Es probable que la fortaleza de las

convicciones de la gente sobre su propia eficacia afecte incluso a si va a intentar llevar a cabo el afrontamiento” (Bandura, 1977).

La fuerte creencia en la eficacia del afrontamiento conduce normalmente a menores niveles de estrés, mientras que una escasa creencia en esa eficacia lleva generalmente a un elevado estrés. Además de experimentar elevados niveles de malestar subjetivo, la gente con una escasa creencia en la eficacia del afrontamiento tiene una mayor activación autónoma y elevadas secreciones de catecolamina en plasma (Bandura, Reese y Adams 1982)

Las valoraciones erróneas pueden producir consecuencias indeseables, como la ansiedad y la disfunción conductual. Es decir, la gente con una gran valoración de la eficacia del afrontamiento puede ver las demandas de pequeña magnitud ya que consideran que sus habilidades son más que adecuadas para lo que sea. Por otra parte, la gente con una débil eficacia puede ver las demandas grandes, incluso cuando las demandas son objetivamente pequeñas, de tal manera que no consideran las habilidades que poseen y son adecuadas (Matheny, 1986)

La autoeficacia no es un rasgo fijo; puede cambiar con nuevas experiencias. El trabajo en intervenciones de afrontamiento parece fomentar mayores creencias de autoeficacia. Es mas, algunas estrategias de intervención parecen tener éxito solo cuando hay un cambio positivo en la autoeficacia percibida (O’Leary, 1985)

El optimismo disposicional se refiere a la expectativa de que suceden cosas positivas. El optimismo es un filtro perceptivo que da color positivo a muchas situaciones, mientras que el pesimismo las pinta de negro (Caballo, 1998)

De acuerdo a (Sheier y Carver, 1987) el optimismo es un rasgo de la personalidad que puede tener una poderosa influencia sobre el afrontamiento. Sus investigaciones sugieren que es más probable que los optimistas, comparados con los pesimistas, confíen en métodos de afrontamiento que produzcan mejores resultados y que conduzcan a expectativas más favorables

sobre los mismos. Es más probable que los optimistas, comparados con los pesimistas, persistan también en sus esfuerzos de afrontamiento.

Por otra parte, el apoyo social ha surgido como un importante recurso para el afrontamiento eficaz, por sí mismo, aporta solo una pequeña contribución a los esfuerzos de afrontamiento, pero es muy importante cuando se combina con otras estrategias de afrontamiento. El apoyo social puede ayudar a la gente a afrontar el estrés a graves de la acción directa o indirecta (Caballo, 1998)

El efecto indirecto se denomina modelo amortiguador, en este caso, el apoyo social no hace nada de forma directa para reducir o eliminar el estrés. Solamente protege a la persona de los efectos negativos del estrés. (Cohen y Wills, 1985)

Por otra parte, el apoyo social puede ser válido y beneficioso en si mismo, al proporcionar a la gente una sensación de control directo sobre el estrés o asegurar múltiples formas de actuar contra el estrés (Cohen y Wills, 1985)

El apoyo social funciona como un amortiguador del estrés como si lo hace acabando con el estrés, la gente participa en un dialogo continuo, implícito o explícito, con las unidades de apoyo social (familia, amigos, trabajo e iglesia). Este dialogo implica un intercambio de información positiva y negativa entre la persona y la unidad social. El intercambio de información puede inspirar una conducta de afrontamiento positivo o puede tener un efecto descompesador sobre el afrontamiento (Leavy, 1983)

El apoyo social tiene que definirse por la combinación de la estructura y de la función ya que existen estructuras sociales formales e informales. La familia, los amigos y los compañeros de trabajo son ejemplos de estructuras formales. (Cohen y Wills, 1985).

Las creencias religiosas personales y la práctica religiosa constituyen elementos de afrontamiento a los que no se ha prestado mucha atención. Los grupos religiosos constituyen potentes sistemas de apoyo social. Estos sistemas

sirven para proporcionar apoyo emocional, dar información y consejo o ayudar a desarrollar una estrategia de solución de problemas (Witmer, 1986).

Existe evidencia de que la cantidad de apoyo no es tan importante como la calidad del mismo, esta se basa en la experiencia de que la gente con un amplio apoyo pero de baja calidad, informa sentirse sola más a menudo que la gente con un apoyo menor pero de alta calidad (Schultz y Saklofske, 1983).

La evidencia adicional sugiere que hay importantes diferencias de sexos en la calidad apoyo social. Comparado con las mujeres los hombres tienen un sistema de apoyo más amplio, pero ese apoyo suele ser más superficial. Por el contrario, las mujeres generalmente tienen un sistema más limitado, pero es mas intimo e intenso comparado con el de los hombres (Schumeker y Hill, 1991).

La mayoría de los hombres, el apoyo mas intimo e intenso suele provenir de sus esposas, mientras que las mujeres generalmente tienen varias amigas, fuera de la unidad marital, que tienen esa función. Finalmente las mujeres habitualmente utilizan sus sistemas de apoyo de modo mas eficaz durante las crisis, mientras que es menos probable que los hombres utilicen los suyos (Schultz y Saklofske, 1983).

Algunas situaciones estresantes pueden beneficiarse del apoyo social más que otras. Esto es especialmente cierto cuando el estímulo estresante proviene del cuidado de miembros de la familia muy pequeños o muy mayores con una enfermedad crónica o alguna otra condición limitante (Shapiro, 1983).

Las familias que tienen niños con discapacidades, por ejemplo, sacan provecho a menudo de los grupos de apoyo social que pueden intercambiar información sobre técnicas para proporcionar cuidados ayudando a ver a la persona a vérselas con los trastornos emocionales que acompañan cuando se cuida de alguien (Yablin, 1986).

Desafortunadamente, el desarrollar buenos sistemas de apoyo social es más difícil que aprender a hacer la relajación o a controlar el peso. Puede que las estrategias de intervención tengan que adoptar un enfoque a largo plazo y centrarse en diferentes habilidades sociales, incluyendo el ser abierto y el compromiso con las relaciones sociales (Caballo, 1998).

La información sobre organismos sociales puede ser también importante, pero esta información necesita normalmente ser específica al problema con el que la persona se está enfrentando en ese momento. Finalmente, es posible que las estrategias de intervención tengan que ser apropiadas al sexo, puesto que parece que es menos probable que los hombres tengan sistemas más eficaces de apoyo social en comparación con las mujeres. (Caballo, 1998).

La segunda fuente de afrontamiento son las estrategias de afrontamiento, que hemos aprendido a utilizar por medio de las experiencias observando a los demás emplear una nueva estrategia de afrontamiento, o leyendo un material instructivo sobre técnicas de afrontamiento (Matheny, 1986).

En primer lugar, las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en dos amplias categorías denominadas afrontamiento combativo y afrontamiento preventivo (Matheny, 1986).

Afrontamiento combativo se refiere a una reacción provocada ante algún estímulo estresante. El propósito es suprimir o terminar con un estímulo estresante (Matheny, 1986).

También se puede definir como un aprendizaje de escape que tiene lugar cuando ocurre un acontecimiento aversivo e intentamos huir de él. Esto hace que dicha estrategia suene como una forma inferior de afrontamiento. Pero en algunos casos, no tenemos elección (Matheny, 1986).

Por otro lado, el afrontamiento preventivo es proactivo, intenta activamente evitar que aparezcan los estímulos estresantes. En términos del

condicionamiento clásico, este tipo de estrategias es aprendizaje de evitación. Aprendemos a anticipar el comienzo de un estímulo aversivo y damos respuestas por adelantado para evitar que aparezca el suceso aversivo ((Matheny, 1986).

Tradicionalmente, la investigación sobre este asunto distinguió entre el arreglo del enfoque problemático y el enfoque emocional. El arreglo del enfoque problemático se vio en base a los esfuerzos apuntados en la alteración de la transacción del ambiente de la persona o alteración o dirección de la fuente de stress, y el arreglo del enfoque emocional se apuntó en respuestas de la regulación emocional formada por la situación (Folkman y Lazarus, 1980).

La investigación presentó diferencias en la efectividad de estas dos formas de arreglo. Muchos están de acuerdo que el arreglo enfocado del problema es un arreglo estratégico individual efectivo dando hallazgos investigativos que están negativamente relacionados a los síntomas de dolor (Billings & Moos, 1984; O'Neill & Zeichner, 1985). Greenglass (1988), reporta relaciones negativas en directores entre la ansiedad del trabajo y el arreglo enfocado del problema, y en particular, control interno, un arreglo estratégico la cual depende de unos esfuerzos propios para cambiar la situación. La misma investigación también halló significativamente correlaciones negativas entre la ansiedad del trabajo y el arreglo preventivo. El alto uso del arreglo preventivo fue asociado con la baja ansiedad laboral.

Control percibido. Un aspecto esencial del arreglo del enfoque problemático es el control percibido. La investigación reportó que las evaluaciones situacionales de control se vincularon a la actuación de arreglos estratégicos de solución del problema (Folkman et al., 1981).

Los empleados que creen que ellos tienen poco control sobre el dominio del trabajo pierden probablemente el engranaje activo del arreglo de solución del

problema y mas probablemente el empleo de estrategias enfocadas emocionalmente (Folkman, 1984).

En este contexto, el control percibido remite a la creencia que uno puede influenciar el ambiente. Las estrategias de control que reflejan una aproximación de “hacerse cargo” frecuentemente involucran la hechura de un plan de acción. La investigación indica que el control percibido está asociado con el descenso de los niveles de stress y mejora la salud del trabajador (Israel, House, Schurman, Heaney, & Mero, 1989; Spector, 1986).

El control percibido también regula potencialmente los efectos supresores del stress en la salud mental y física (Karasek, 1979; Karasek et al., 1981; Perrewé & Ganster, 1989)

La investigación adicional sugiere que los individuos con alta auto eficacia probablemente creen que están capacitados para controlar las demandas estimulantes del ambiente por la acción adaptativa (Bandura, 1992).

Si uno cree bastante que es capaz de controlar los desafíos o amenazas, entonces la acción exitosa es más probable (Schwarzer, 1993). Los individuos que sostienen la creencia que los resultados están fuera de su control, están en capacidad de emplear estrategias de arreglo de control que aquellos que miran respuestas que resultan de la posibilidad (Schwarzer, 1992; 1993; Folkman, 1984; Bandura, 1992).

El afrontamiento emocional. Los hallazgos adicionales indican que el arreglo emocional, incluyendo ilusiones y auto culpa, están positivamente correlacionadas con el dolor psicológico así como la ansiedad laboral, depresión y somatización. Greenglass, 1993),

La investigación sugirió que las estrategias de afrontamiento del enfoque emocional positivo son un modo benéfico de arreglo con eventos estresantes (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992). Los hallazgos en la investigación presentaron que el efecto positivo está relacionado al uso de la reevaluación positiva (Haley et al., 1996).

Según Folkman (1997), La teoría del afrontamiento tiene que ser modificada para ser tomada en cuenta en los estados positivos psicológicos. Mientras que la distinción entre el arreglo del enfoque problemático y el enfoque emocional es muy importante, la investigación más tarde halló que esta no capturó los aspectos multi variantes del arreglo. La investigación reportó, por ejemplo, que la respuesta a los Modos de Escala de Afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1998) forma varios grandes factores (e. g. Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1980).

El soporte y el afrontamiento social. En el pasado, la investigación sobre el arreglo y el soporte social se dio por separado, conceptual y empíricamente. Recientemente, sin embargo, hubo investigaciones dirigidas hacia la vinculación del afrontamiento y el soporte social en orden a la evolución de una teoría interpersonal de afrontamiento con estrés.

Por ejemplo, De Longis y O'Brien (1990) en su tratamiento de cómo las familias se las arreglaban con la enfermedad de Alzheimer, discutieron como los factores interpersonales pueden ser importantes así como predictores de la habilidad de los individuos para arreglar la situación.

Ellos hablaron acerca de la importancia de describir sobre los recursos de otros para arreglárselas con situaciones difíciles. Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porth, y Monnier (1994) también direccionó la naturaleza interpersonal interactiva de la adquisición del recurso y arreglo social.

Hay varias ventajas al vincular el soporte social al afrontamiento. Primero, viendo el soporte social como una forma de afrontamiento, uno puede teóricamente vincular áreas que serían previamente vistas como conceptualmente distintas. Esto permite la elaboración o contrición tradicional usando desarrollos teóricos en otras áreas. Segundo, La conceptualización del soporte social como una manera de ampliar el concepto del afrontamiento, llega a ser tradicionalmente definida para incluir la destreza interpersonal y relacional. Tercero, esta aproximación reconoce la importancia de recurrir en otros el cual puede ser transformado dentro del repertorio conductual y cognitivo del individuo. Además, según la presente reformulación, la fuerza interpersonal y la destreza relacional están conceptualizadas como unas fuerzas del arreglo positivo, la cual puede ser desarrollada (Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porth, y Monnier 1994)

En un estudio en el cual se incluyeron supervisores afines y amigos fue una significativa contribución para el afrontamiento. Primeramente en mujeres directoras, Greenglass (1993) suministró datos que incluyeron el Modelo de Soporte Funcional. De acuerdo a estos modelos. Las relaciones cerradas ayudan a una persona a arreglársela con estrés ya que en tal relación la persona puede revelar y discutir sus problemas, compartir sus preocupaciones, y recibir consejo adecuado que puede necesitar (Wills, 1990)

Este modelo sugirió que las relaciones cerradas contribuyen al bienestar incrementando el uso de más formas de afrontamiento efectivas, el control instrumental e interno y por el descenso del uso de arreglos negativos de enfoque emocional, con una correspondencia que disminuye en el efecto negativo (Greenglass, 1993).

Para Thoits (1986), el soporte social es visto como un arreglo de asistencia; el afrontamiento y el soporte social están vistos como que tiene funciones en común –Instrumental, emocional y perceptivas – Las cuales incluyen soporte de información que puede alterar las perfecciones de aspectos significativos de

situaciones estresantes. El afrontamiento incluye el proceso de reestructuración cognoscitiva.

Conducta proactiva. Datos adicionales indican que las personas son capaces frecuentemente de reconocer normar sugiriendo que hay problemas y dando pasos para enfrentarse a estos antes que ocurran. Los procesos a través de los cuales las personas anticipan o detectan situaciones estresantes potenciales y actúan anticipadamente para prevenirlos pueden ser considerados como conducta proactiva (Aspinwall & Taylor, 1997).

Para la extensión que los individuos compensan, eliminan, reducen o modifican impidiendo eventos estresantes, la conducta proactiva puede eliminar una gran cantidad de estrés antes de que ocurran estos (Aspinwall & Taylor, 1997).

Las habilidades asociadas con esta conducta incluyen planificación, fijación de metas, organización y simulación mental (Aspinwall & Taylor, 1997). Según la teoría de afrontamiento proactivo de Schwarzer (1999a), el individuo proactivo lucha por mejorar en su vida y su entorno, en lugar de reaccionar principalmente a una adversidad pasado o anticipada.

El afrontamiento proactivo es autónomo y autodeterminado logrando objetivos y realización de meta; estos junto con metas autorreguladas logran procesos y explicaciones que motivan a las personas a esforzarse por metas ambiciosas y conseguir ellas mismas la dirección de calidad personal (Schwarzer, 1999a).

El curso completo del tratamiento y las complicaciones médicas que con frecuencia aparecen durante el mismo, la posibilidad de entrar en ensayos clínicos experimentales, los tratamientos adicionales y la rehabilitación o la decisión de abandonar el tratamiento elevan considerablemente la morbilidad psiquiátrica y psicológica. En general se aprecia una tendencia a la negación de estas preocupaciones, en franca contradicción con las expectativas creadas en un

principio, apareciendo sentimientos de soledad. Las mujeres experimentan sentimientos de culpa y remordimiento sobre decisiones tomadas en el tratamiento previo, problemas en el dialogo con su familia y amigos sobre la recidiva, cambios físicos adicionales y aumento de la tensión emocional. En muchos casos, las secuelas físicas, los problemas económicos o síntomas similares al estrés postraumático pueden dificultar la adaptación a su vida cotidiana (García, 1999).

Una variedad de factores influyen en la manera en que cada mujer vive el cáncer de mama y las consecuencias psicosociales que la acompañan, entre estos se destacan la personalidad previa y el estilo de afrontamiento de los problemas. Factores estresantes coincidentes en el tiempo pueden modular la adaptación a la enfermedad; para muchas mujeres el cáncer continua siendo un estigma y hay un sentimiento de culpa y vergüenza asociado a esta enfermedad. Así no es raro que la autoestima de muchas pacientes se encuentren ligada estrechamente al concepto de belleza personal, atribuyendo a la apariencia externa un valor desproporcionado (García, 1999).

Debido a que las pacientes se sienten poco atractivas en su físico o incluso repulsivo, tienen muy poca posibilidad de tener unas relaciones sexuales sin problemas; hay numerosos factores que provocan alteraciones en la imagen corporal y como se mencionado anteriormente en la autoestima en pacientes con cáncer, una de las causas de dichas alteraciones suele ser la alopecia, aunque esta sea temporal; la esterilidad secundaria al tratamiento puede ocasionar una crisis de identidad que indirectamente afecte la respuesta sexual (Stewart,1993).

El riesgo de desfiguración en estos casos supera el miedo a la recidiva y a la muerte. La solicitud de la información es tan bien considerada un mecanismo de afrontamiento positivo para muchas pacientes. En algunos casos representa una forma de reformar el control de iniciar una acción o de asumir la responsabilidad,

lo que puedes ser importante para algunas mujeres acostumbradas a tomar decisiones sobre los eventos vitales experimentales (García, 1999).

La negación puede ser una forma de adaptación para hacerle a la enfermedad en momentos determinados a lo largo del proceso de esta, pero puede llegar a preocupar cuando es prolongada ya que puede interferir con el tratamiento y la adaptación inadecuada para resolver los problemas por parte del paciente (Nielsen, 1995)

Para abordar el tema de la intervención psicológica en el enfermo con cáncer, es importante plantearse en primer lugar, las distintas etapas que puede presentar el propio curso clínico de la enfermedad (Ibáñez y Barreto, 1987)

Cada fase aporta unas características psicológicas determinadas. El momento del diagnóstico ocasiona una gran confusión para la persona; Ansiedad, ira y dificultad para concentrarse, son estos los rasgos principales, junto con una marcada búsqueda de significado (Ibáñez y Barreto, 1987)

En este proceso se pueden encontrar enfermos que presenten un período largo de supervivencia y curación. Los problemas más comunes son: la vuelta a casa y a las responsabilidades, la adaptación a los efectos secundarios y a las secuelas del tratamiento, la reincorporación al trabajo y la recuperación del funcionamiento normal y del papel en la casa. Esta fase se caracteriza por una duda: la incertidumbre acerca del futuro (Ibáñez y Barreto, 1987).

Ante cualquier dolor o molestia se desencadena un sentimiento de pánico al pensar que el cáncer está volviendo a aparecer de nuevo. A medida que transcurre el tiempo, aparece la confianza y la persona va volviendo a niveles previos de funcionamiento y afrontamiento (Ibáñez y Barreto, 1987)

Cuando se da recurrencia, la confusión emocional es similar a la del momento del diagnóstico, pero con una ansiedad y depresión más intensas. De nuevo se intenta buscar la causa de esta desgracia. La emoción principal es la ira, la cual enmascara depresión. Suele aparecer en este momento un cierto temor al abandono del médico o de la familia. Es de suma importancia para el paciente, el

transmitirle la existencia de un tratamiento agresivo que controla el cáncer y sus síntomas, lo que se cambia únicamente es el objetivo del tratamiento. (Ibáñez y Barreto, 1987).

En el caso de que no haya tratamiento inicial posible y la enfermedad comience a progresar, la persona dependerá cada vez más de los demás. La incapacidad para trabajar y para mantener la función correspondiente en la familia, junto con la dependencia física, suelen producir problemas psicológicos concomitantes (Ibáñez y Barreto, 1987)

En algunos momentos del proceso de la enfermedad, el paciente puede beneficiarse del intercambio personal con individuos que hayan pasado por una situación similar a la suya. Históricamente, las asociaciones de voluntarios para los enfermos de cáncer, surgen en EEUU siendo la primera la de enfermos laringectomizados. Posteriormente, aparece el programa para mujeres mastectomizadas "Búsqueda de la recuperación". Recientemente se han diseñado otros programas de ayuda, bien para personas que se encuentran todavía en tratamiento, o para aquellas supervivientes que lo han finalizado (Ibáñez y Barreto, 1987)

Sin embargo, se ha comprobado que, a excepción de algunos cánceres locoregionales, las personas que acuden a club o asociaciones de mujeres mastectomizadas son personas con graves problemas emocionales y que no han sabido afrontar positivamente la enfermedad, por lo que muchas veces resultan perjudiciales más que beneficiosos para los enfermos. Por esta razón, en la actualidad, el voluntariado se compone de personas que han superado adecuadamente la enfermedad, que conocen por su propia experiencia los problemas a los que habitualmente se tiene que enfrentar un enfermo y que puede proporcionar tanto apoyo emocional como soporte instrumental para que éste se enfrente adecuadamente a los suyos (Ibáñez y Barreto, 1987)

Se puede decir que las razones que motivan a las personas a participar en este tipo de grupos atienden a tres categorías: 1) Obtener mayor información sobre la enfermedad, sobre cómo afrontar la enfermedad y sobre los procesos de

rehabilitación; 2) Deseo de hablar acerca de sus problemas con la pareja o familia; 3) Procesos de comparación social y la creencia de que alguien que pasó por la misma experiencia pueda comprender mejor sus sentimientos (Ibáñez y Barreto, 1987)

Al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor *Jorge Psillakis* que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la masmectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, autodesvaloración, etc; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar.

En relación con este aspecto Pereira y Suárez (s/f), plantean como la pérdida del órgano (mama), requiere adaptación psicológica y social de la paciente y sus familiares los cuales influyen en la actitud de esta frente a su problema.

La terapéutica psicológica es diversa y va desde la psicoterapia individual hasta las terapias de grupo, las que ayudan a compartir problemas, sentimientos y soluciones (*Pereira y Suárez, s/f*)

Participan además, pacientes con mastectomía recuperadas y adaptadas las que exponen sus experiencias, se discuten las formas en que se deben cuidar la mama afectada, el uso de prótesis, etcétera.

Por otra parte, el doctor José M. Suárez Fernández (2002) afirma que la mujer a la que se le realiza una mastectomía se afecta por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy

distintos; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social.

En esta experiencia personal se comparten los criterios expresados anteriormente, pues las pacientes con mastectomía que acuden a la consulta se presentan con un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí la enorme importancia que se le confiere al logro de una adecuada y eficaz relación médico-paciente, por lo que se debe tener presente los parámetros establecidos por *Lain Entralgo* quien plantea 3 aspectos: a) saber ponerse en el lugar del otro, b) sentir como ella, y c) disponerse a ayudarle cuando enfrenten dificultades (Suárez, 2002).

El Manual de Psicooncología refrenda como un elemento de elevada importancia en la atención médica, la relación médico-paciente que constituye una modalidad de relaciones interpersonales y está predeterminada por la necesidad que tiene el enfermo de ser atendido y la atención obligada del médico. Varios factores intervienen en dicha relación: la enfermedad del individuo que lo convierte en paciente, la técnica del médico, la personalidad de ambos y los papeles que desempeñan (García, C; 1999).

Una enfermedad grave siempre es un reto, pero el cancer siempre lleva consigo un estigma que lo hace diferente a otras enfermedades, las pruebas diagnosticas, los tratamientos, los índices inciertos de curación, la súbita posibilidad de una muerte inmediata o desfiguración física, todo ello afecta el estado psicológico del paciente, por lo tanto, este necesita sobre todo el apoyo de la familia así, como otros medios de ayuda (Stanley, 1998)

Las respuestas de cada persona estarán influidas por variables como, la edad, el sexo, la personalidad, las relaciones con la familia y los amigos y las propias creencias. Con todo, la mayor parte de los pacientes experimentan las siguientes

emociones (Dennis, 1999): **impacto diagnóstico**, cuando la persona se entera de que tiene un cáncer el impacto inicial es tal que la persona puede olvidar durante algunos segundos donde se encuentra. Puede sentirse “irreal” o desorientada. Si no es capaz de pensar con claridad, es mejor no comentar los detalles del caso durante algunos días o incluso una o dos semanas (Tannenhaus, 1998)

Otra emoción es la actitud negativa que no es más que la **negación** que sigue al impacto diagnóstico. El paciente no parece darse cuenta de la gravedad de la enfermedad. Este síntoma en realidad es esperable, saludable y necesario: permite que el paciente se amortigüe y recupere los elementos de afrontamientos necesarios para enfrentar la condición de estar enfermo. Permite así mismo que la persona mantenga la disposición y la actitud requerida para colaborar con los médicos. Sin embargo, la negación puede constituir un problema importante si el paciente no reconoce la necesidad del tratamiento requerido (Hunter, 1998)

La **culpabilidad** es una reacción común frente al diagnóstico de cáncer, una persona puede sentirse culpable debido a sus hábitos personales, como fumar o seguir un régimen alimentario deficiente, que pueden estar relacionados con la enfermedad, o bien por el temor de convertirse en una carga para la familia. Incluso, algunos pacientes creen que el cáncer es el castigo por algún pecado del pasado (Dennis, 1998)

La **depresión** es otra de las reacciones emocionales que se presentan en la adaptación a la enfermedad y sus causas son múltiples: el temor a las intervenciones quirúrgicas, al tratamiento o a la muerte, a la pérdida de la integridad física o de la propia estima, al haber perdido el dominio sobre el presente o el futuro, a depender de los médicos, las enfermeras y el personal del hospital para realizar sus actividades e incluso a veces para las funciones más elementales, tales como asearse. La pérdida de la intimidad es uno de los aspectos más sentidos por el paciente pues pocas veces los pacientes de un

hospital disponen de una habitación individual: durante las pruebas quizás estén presentes otras personas que no sean los médicos y las enfermeras, deben ajustarse a las normas y las rutinas hospitalaria entre otras (Stanley, 1998) Por lo general, los procesos hospitalarios incluyendo la inserción de catéteres (drenajes, la administración de enemas y las exploraciones ginecológicas y proctológicas y otros procedimientos invasivos pueden resultar aversivos para las personas (Hunter, 1998)

Los sentimientos de miedo, rabia, humillación y pérdida de la propia estima, pueden manifestarse en forma de depresión. Es una reacciona natural, aunque algunos pacientes se deprimen patológicamente e incluso pierden las ganas de vivir (Stanley, 1998)

La negativa prolongada a tomar alimentos y medicina pueden ser intentos de suicidio de pacientes muy deprimidos (Tannenhaus, 1998)

La **rabia** es otro de los factores emocionales que afectan al paciente en su proceso de adaptación; este sentimiento se puede presentar contra si mismo, su familia, sus amigos o el personal del hospital. Ello puede constituir un signo saludable si el paciente es capaz de aprender a dirigir su ira contra la enfermedad y ser mas agresivo en la búsqueda del tratamiento mas efectivo (Stanley, 1998)

Con respecto **al aislamiento** se ha evidenciado que existen pacientes que se resisten a hablar de la enfermedad o de sus sentimientos personales aislándose socialmente. La familia y los amigos suelen compartir esta resistencia ya sea por que ellos mismos no se atreven a enfrentarse con la situación o por que crean que el paciente prefiere no hablar de sus asuntos personales (Stanley, 1998)

Si todas las reacciones emocionales mencionadas anteriormente hacen parte de la respuesta adaptativa al proceso de enfermedad en todo los pacientes con cáncer pero que definitivamente de las diferencias individuales, es posible

predecir que cada mujer reaccione de una forma distinta ante el diagnóstico de cáncer de mama y que así mismo, su respuesta este determinada por multitud de factores (Tannenhaus, 1998).

El amplio espectro de problemas emocionales y psicosociales a los que puede verse sometido una persona que recibe esta noticia varia desde síntomas depresivos hostilidad, descenso de la autoestima, desesperanza, negación, perdida de la sensación de control y otros trastornos del humor (Dennis, 1998).

La mayoría de las mujeres prefieren una combinación del miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad abandonó y negación, éxitos con diferentes intensidad. El grado en el que se asuman, expresen y manejen de forma eficaz será función de la personalidad de la paciente, las conductas y estilo de afrontamiento aprendido, los estresares coincidentes, la red social de apoyo y la capacidad de utilizar esta red y aceptar el apoyo disponible (García, 1999)

Las pacientes mastectomizadas presentan mas secuelas psicológicas que los controles sometidos a una biopsia con diagnóstico de benignidad (García, 1999). La quimioterapia se asocia con niveles altos de depresión, ansiedad y otros síntomas que expresan las dificultades de adaptaron a pesar de los progresos en el alivio de algunos de los efectos secundarios del tratamiento, la alopecia, la ganancia de peso, los cambios en la piel y otros efectos psicológicos reales o imaginados suponen una importante fuente de malestar (García, 1999).

Minimizar la reacción emocional que produce el impacto pronóstico, va mucho más allá de brindar auxilios psicológicos; contempla la necesidad de abordar tanto el repertorio psicosocial y cultural del individuo como el proceso de la enfermedad, para comprender por qué desencadena en éste estado de ansiedad y depresión. Que generalmente pueden resultar reactivos o secundarios (Palacios, 2003).

Los tratamientos para el cáncer no han encontrado aún una verdadera especificidad en relación con otros tratamientos. Desafortunadamente, continúan provocando una serie de efectos colaterales cuyo impacto psicológico parece casi inherente a ellos, aunque debe necesariamente anotarse, que la investigación ha dirigido sus más grandes esfuerzos y continúa haciéndolo, para contrarrestar estas negativas consecuencias y hacer más tolerable el asumirlo (Palacios, 2003).

El trabajo del psicólogo a este nivel se dirige esencialmente (1) a decrementar los niveles de ansiedad determinados tanto por el significado cultural que se le otorga a estos tratamientos debido a experiencias pasadas relacionadas con el cáncer, a los comentarios populares como a la incertidumbre causada por el permanente cuestionamiento de la efectividad del tratamiento; (2) a proporcionar estrategias para desarrollar el autocuidado en el paciente; (3) a proporcionar estrategias cognitivo conductuales para el manejo de náuseas y vómito anticipatorio a la quimioterapia; (4) proporcionar estrategias para afrontar los efectos colaterales del tratamiento a nivel de la **autoimagen**, el autoconcepto, la autoeficacia y autoestima. Es claro que el tratamiento para el cáncer produce cambios en la apariencia física de la persona que resulta sumamente difíciles de aceptar debido a la importancia de la estética en la sociedad (Palacios, 2003).

En el caso de las mujeres mastectomizadas que tienen que afrontar su sexualidad y su imagen (por lo menos durante uno o dos años de acuerdo con el tipo de cáncer antes de ser reconstruidas) sin uno o ambos senos, etc. La sexualidad es un amplio campo de estudio de la psicooncología, especialmente en Latinoamérica donde las conductas sexuales están fuertemente influenciadas por el machismo y las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía, una ooforectomía o una mastectomía han perdido total o parcialmente, su "funcionalidad" reproductiva y su maternidad, entre otras tantas creencias. Además, resultan menos atractivas por todo lo que la sociedad exige a nivel estético (Palacios, 2003).

La revisión teórica anteriormente realizada se constituye en la base de esta investigación. Base que permitió generarse el siguiente problema de investigación.

Problema de investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento y el nivel de autoestima de 20 mujeres mastectomizadas que están en proceso de rehabilitación en los diferentes centros oncológicos de la ciudad de Cartagena-Colombia?

Método

Diseño

La presente investigación es de tipo descriptivo, debido a que se describió el afrontamiento proactivo y la autoestima, en un grupo de 20 mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cartagena pertenecientes a un grupo de apoyo en los distintos centros oncológicos Participantes de la ciudad de Cartagena

Participantes

En esta investigación participaron mujeres mastectomizadas cuyas edades oscilan entre los 25 y 70 años con y sin tratamiento de quimioterapia. Como criterios de exclusión se consideraron: (1) mujeres que hubieran sido reconstruidas, ya que la reconstrucción puede aumentar la autoestima y mejorar los estilos de afrontamiento; (2) mujeres que estuvieran recibiendo radioterapia debido a que ésta puede generar estados de fatiga clínicamente significativos que alteran la dinámica y funcionalidad cotidiana de las pacientes.

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento Proactivo: El afrontamiento proactivo es manejado por altas puntuaciones en la Escala de Actitudes Proactivas, creyendo en el rico potencial de cambio que puede hacerse al mejorar uno mismo y el ambiente que lo rodea (Scharzer, 1999b). Las conductas y conocimientos asociados con estos arreglos pueden ocurrir en cualquier momento. El Inventario de Afrontamiento Proactivo (IAP) consta de siete escalas y un total de 55 ítems los cuales aplican, en conocimiento y nivel de conducta. Es un instrumento de afrontamiento basado en la ingeniería, responsabilidad y visión. El Inventario está establecido en la idea de arreglos, ya sea multidimensional, de horas extras o al instante; los arreglos de actividades son vistos para ocurrir simultáneamente en niveles de conocimiento y de conducta. Siete nuevas escalas que constan de un total de 55 ítems fueron desarrolladas originalmente del conjunto de campos 137 IAP usando

técnicas estadísticas tales como la correlación Pearson Producto-momento, el factor de análisis confirmatorio, el análisis de componente principal y procedimientos confiables. Consideraciones teóricas derivadas de la Teoría de Afrontamiento Proactivo (1999a) se tomaron también en cuenta en la construcción de las escalas IAP. Un bosquejo primario de la escala fue desarrollada usando una muestra canadiense y después se evaluó con la muestra Polaco-canadiense. Las siete escalas de la IAP son: la escala de afrontamiento proactivo, la escala de afrontamiento reflexivo, planeación estratégica, el afrontamiento preventivo, el buscador de soporte instrumental, el buscador de soporte emocional y el arreglo anulador.

La escala de afrontamiento proactivo. Esta escala que consta de 14 ítems, combina la obtención de metas autónomas junto con conocimiento y conducta autorreguladas para el logro de las metas. Esta escala tiene una alta consistencia interna con una medida confiable (α) .85 y .80 en las dos muestras. Además, la escala presentó buenas correlaciones de ítem total y un asta aceptable como un indicador de simetría alrededor del medio. Un análisis de componente principal confirma esta validación y homogeneidad factorial.

La escala de afrontamiento reflexivo. Esta escala con 11 ítems, simula y contempla una variedad de posibles conductas alternativas debido a la comparación de una efectividad imaginada e incluye desordenes cerebrales, analizando problemas y recursos, y generando planes de acción hipotéticos. La escala de afrontamiento reflexivo tiene buena consistencia interna con base a medidas alfas Cronbach de .79 y .80 en las muestras canadiense y polaco-canadiense, respectivamente.

La escala de planeación estratégica. Esta escala de 4 ítems se enfoca en el proceso de la generación de un programa de acción orientado a metas en la cual tareas extensivas terminan siendo componentes manejables. Esta escala

tiene una aceptable confiabilidad, $\alpha = .71$ en ambas muestras. Un análisis de componente principal confirma esta validación y homogeneidad factorial.

La escala de afrontamiento preventivo. Los intentos de afrontamiento proactivo son muy distintos a los de afrontamiento preventivo con anticipación de situaciones estresantes potenciales y la iniciación de preparación antes de estas situaciones fueron especialmente desarrollados. El afrontamiento preventivo se esfuerza por encontrar una amenaza potencial en el futuro basado en la experiencia, la anticipación o el conocimiento. En comparación, el afrontamiento proactivo no está basado en la amenaza, pero es manejado por la consecución de metas. Los 10 ítems de la escala del afrontamiento preventivo tienen una buena consistencia interna y una correlación de ítem total. Un análisis de componente principal confirma esta validación factorial.

Búsqueda de soporte instrumental. Esta escala (8 ítems) se enfoca en la obtención de consejo, información y avance de personas dentro de un sector social cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Este escala tiene buena confiabilidad. Un análisis de componente principal confirma la validación y homogeneidad factorial.

La escala de búsqueda de soporte emocional. Esta escala de 5 ítems apunta a una regulación temporaria de dolor emocional debido a la aparición de otros sentimientos, evocando empatía y buscando compañía de algún sector social. Esto es una autorregulación emocional con la asistencia de otros significantes. Esta escala es muy confiable y los ítems presentan buenas correlaciones de ítem total.

Escala de Afrontamiento Evasivo. Esta escala hacer referencia a la evitación de la situación demandada debido a la dilación. Este tiene alta confiabilidad en la muestra polaco-canadiense más que en la muestra canadiense. Un análisis de componente principal confirma la validación factorial.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), basada en el modelo de Guttman, es unidimensional y consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. El contenido de los ítems es de carácter general, permitiendo así obtener datos sobre el sentimiento de satisfacción o insatisfacción que tiene la persona consigo misma. Las cuatro opciones de respuesta van de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”, pasando por “de acuerdo” y “no estoy de acuerdo”, se puntúan de 1 a 4 siguiendo una escala tipo Likert.

Procedimiento

Para realizar la presente investigación, el procedimiento consistió en 7 fases que se describen a continuación.

Fase 1. Revisión bibliográfica de los temas concernientes a la investigación. En esta revisión bibliográfica se buscaron 4 temas principales como definición de cáncer, tipos de mastectomía, afrontamiento y autoestima.

Fase 2. Desarrollo del marco metodológico, para lo cual se definieron los objetivos de la investigación y se describieron los participantes y los instrumentos. Adicionalmente, se seleccionó el método de análisis estadístico adecuado para lograr los objetivos.

Fase 3. Se solicitó la autorización a la Liga de Lucha contra el Cáncer para realizar allí la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, e Inventario de Afrontamiento Proactivo. Esto se hizo a través de una carta en la cual se describía el interés de desarrollar allí el proceso investigativo y los objetivos que se tenía con el mismo.

Fase 4. Aplicación de la prueba. El día 7 de julio a las 4 PM de 2005 se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Afrontamiento Proactivo

y finalizado el mismo se habló con las participantes con el fin de interactuar y establecer empatía.

Fase 5. Organización de los datos. Una vez contestadas la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Afrontamiento Proactivo, todas las respuestas fueron consignadas en un análisis estadístico.

Fase 6. Análisis de los resultados, se utilizaron los diferentes procedimientos estadísticos para el análisis de los datos consignados.

Fase 7. Discusión y Recomendación. A partir de la revisión bibliográfica realizada y los resultados obtenidos en la escala y el inventario, se identificaron algunas variables que pueden afectar el estilo de vida y el desarrollo psicosocial, cómo son las estrategias de afrontamiento y cómo se sienten emocionalmente consigo mismas.

Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación, se tuvieron en cuenta diversos valores éticos dirigidos a proteger a los participantes y a aumentar la confiabilidad y validez de los datos obtenidos.

En primer lugar, toda la información sobre la cual se construyó el marco teórico de referencia es de validez científica. En segundo lugar, se obtuvo la aceptación de de la población, permitiendo el abordaje y el desarrollo de la investigación. En tercer lugar, se obtuvo el consentimiento informado (anexo 2) de todos y cada uno de los participantes y se mantuvo completo anonimato de la información proporcionada. Finalmente, los datos obtenidos de estos estudios, se utilizaron y continuarán siendo utilizados única y exclusivamente con fines académicos.

Resultados

Los resultados de la investigación se presentaran en dos partes. En la primera parte se mostraran los resultados globales de cada uno de las características sociodemográficas y de cada una de las pruebas, y como segunda parte las relaciones más importantes entre algunas de estas características y los resultados de las pruebas.

A continuación, se presentan los resultados generales obtenidos en la investigación.

Tabla 4.

Proporción de mujeres según el estrato socioeconómico

Estrato	Proporción de pacientes
0 Y 1	0%
2 Y 3	95%
4 Y 5	5%
6	0%

Tal y como puede observarse en la tabla 4, la mayoría (95%) pertenecen a estratos de 2 y 3. Solo el 5% pertenece a estrato 4. No se encuestaron mujeres de estratos 5 o 6, como tampoco de Barrios de estratos 1, o de extrema pobreza.

Tabla 5.

Proporción de mujeres de acuerdo con su edad

Rango de edad	Número de pacientes	Proporción de pacientes
25-35	4	20
36-45	6	30
46-55	6	30
56-65	4	20
>66	0	0
Total	20	100

Tal y como puede observarse en la tabla 5, la mayoría de mujeres encuestadas (60%) se encuentran entre los 36 a 55 años de edad, el 40% restante esta entre los 25 a 35; y 56-65. No se encuestó a mujeres mayores de 65 años; ni menores de 25 años.

Tabla 6.

Proporción de mujeres de acuerdo con su estado civil

Estado civil	Puntuación	Porcentaje (%)
Casadas	3	15
Separadas	9	45
Solteras	1	5

Mastectomía Afrontamiento y Autoestima

Unión libre	4	20
Viudas	2	10
Otros	1	5
TOTAL	20	100

Tal y como puede observarse en la tabla 6, el 45% de las mujeres mastectomizadas a la actualidad se encuentran separadas, el 20% de las mujeres, se encuentra en unión libre, el 5% son solteras, el 15% son casadas, el 10% son viudas y el 5% tiene otro tipo de relación.

Tabla 7.

Número de hijos de las mujeres que participaron en el estudio

Número de hijos	Número de mujeres	Porcentaje (%)
0	2	10%
1	7	35%
2	5	25%
3	6	30%
TOTAL	20	100%

Tal y como puede observarse en la tabla 7, el 35% de las mujeres tiene 1 solo hijo, el 30% tiene 3 hijos, el 25% tiene 2 hijos y el 10% no tiene hijos.

Tabla 8.

Ocupación de las mujeres participantes en el estudio

Ocupación	Puntuación	Porcentaje (%)
Ama de casa	7	35
Independiente	3	15
Estudiante	2	10
Pensionadas	2	10
Contadora	1	5
Estilista	1	5
Secretaria	2	10
Diseñadora de modas	1	5
Comerciante	1	5
TOTAL	20	

Tal y como puede observarse en la tabla 8, el 35% es ama de casa, el 15% es independiente, el 30% son secretarias, pensionadas, y estudiantes y el 20% es diseñadora de modas, estilista, comerciante, contadora.

Tabla 9.

Lugar de nacimiento de las mujeres participantes en el estudio

LUGAR DE NACIMIENTO	PUNTUACION	PORCENTAJE (%)
Cartagena	12	60
Arjona	1	5
Turbaco	1	5
Sincelejo	1	5
Calamar	2	10
Magangue	1	5
Hato Viejo	1	5
San Jacinto	1	5

TOTAL	20
--------------	----

Tal y como puede observarse en la tabla 9, un 60% de las mujeres encuestadas son de origen Cartagenero, un 10% de las mujeres mastectomizadas son de Calamar Bolívar, y un porcentaje del 30% son de Sincelejo (5%), Turbaco (5%), Arjona (5%), Magangué(5%), Hato Viejo(5%) y San Jacinto(5%).

Tabla 10.

Tiempo transcurrido desde que le fue realizada la mastectomía

Tiempo	Puntuación	Porcentaje (%)
5 años o mas	2	10
4 años	2	10
3 años	5	25
2 años	7	35
1 año o menos	4	20
TOTAL	20	100

Tal y como puede observarse en la tabla 9, un porcentaje del 35% se realizó la mastectomía hace dos años, el 25% hace tres años, el 20% hace cuatro años, el 10% hace cinco años o más y el 10% hace un año o menos.

Tabla 11.

Percepción que tiene la mujer mastectomizada su red de apoyo en la actualidad

Cuenta con alguien	Número de sujetos	Porcentaje (%)
SI	19	95
NO	1	5
TOTAL	20	100

Tal y como puede observarse en la tabla 11, un 95% de las mujeres mastectomizadas cuentan con red de apoyo mientras que el 5% de las mujeres mastectomizadas perciben que no tienen alguien con quien contar.

Tabla 12.

Mujeres participantes en el estudio que tienen pareja actualmente

Tiene pareja actualmente	Número de sujetos	Porcentaje (%)
si	7	35
no	13	65
total	20	

Tal y como puede observarse en la tabla 12, un 65% de las mujeres mastectomizadas no cuentan con una pareja actualmente. Mientras que el 35% de las mujeres mastectomizadas cuentan con una pareja actualmente.

Tabla 13.

Percepción de la mujer mastectomizada de que su pareja cambió después de la cirugía

	Número de	
Cambio de la pareja	sujetos	Porcentaje (%)
NO tenían pareja	12	65
NO	1	5
SI	7	30
TOTAL	20	100

Tal y como puede observarse en la tabla 13, El 65% de las mujeres mastectomizadas afirmaron que la pareja no cambió, porque no tenían pareja en ese momento. El 30% afirmó que la pareja sí cambió después de la mastectomía mientras que un 5% correspondiente a una sola mujer, mencionó que su pareja no cambió.

Tabla 14.

Calificación que le dan las mujeres mastectomizadas al cambio de su pareja después de la mastectomía

	Número de	
Cambio	sujetos	Porcentaje (%)
POSITIVO	4	66.6%
NEGATIVO	2	33.3%
TOTAL	6	100

Tal y como puede observarse en la tabla 14, el total de sujetos considerados en este ítem fue de seis dado que los otros 14 sujetos no tenían pareja al momento de la cirugía. En estos términos, el 66% considera que el cambio de su pareja

después de la mastectomía fue positivo, mientras que un 33% considera lo contrario.

Resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Las afirmaciones que hacen parte de la escala fueron:

1. Siento que soy una persona digna de estima
2. Creo tener varias cualidades
3. Me inclino por pensar que en conjunto soy un fracaso
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme
6. Asumo una actitud positiva hacia mi misma
7. En general, estoy satisfecho conmigo misma
8. Desearía sentir mas aprecio por mi misma
9. A veces me siento realmente inútil
10. A veces pienso que no sirvo para nada

Tabla 15.

Resultados generales de la escala de autoestima de Rosenberg

Ítems	Acuerdo	%	Desacuerdo	%
1. Siento que soy una persona digna de Estima	20	100	0	0
2. Creo tener varias cualidades	20	100	0	0
3. Me inclino por pensar que soy un fracaso	5	25	15	75
4. Puedo Hacer las cosas tan bien como la mayoría	18	90	2	10
5. Creo que no tengo muchos motivos para	5	25	15	75

enorgullecerme				
6. Asumo una actitud positiva hacia mi misma	19	95	1	5
7. En general estoy satisfecha conmigo misma	18	90	2	10
8. Desearía sentir mas aprecio por mi misma	12	60	8	40
9. A veces me siento realmente inútil	10	50	10	50
10. A veces pienso que no sirvo para nada	4	20	16	80

Tal y como puede observarse en la tabla 15, el 100% de las mujeres está de acuerdo con que son personas dignas de estima. Así mismo, El 100% de las mujeres mastectomizadas afirman que están de acuerdo con tener varias cualidades. El 75% de las mujeres mastectomizadas afirman que no están de acuerdo en pensar que en conjunto son fracasadas mientras que el 25% afirma que está de acuerdo en pensar que son un fracaso.

El 90% de las mujeres mastectomizadas afirman que están de acuerdo en poder hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas mientras que el 10% afirma no poder hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.

El 75% de las mujeres cree que tiene motivos para enorgullecerse mientras que el 25% afirma lo contrario.

El 95% de las mujeres mastectomizadas afirman asumir una actitud positiva hacia ellas mismas contra un 5% que afirma lo contrario.

El 90% de las mujeres mastectomizadas afirma sentirse satisfechas con ellas mismas contra un 10% que opina lo contrario.

El 60% de las mujeres mastectomizadas afirman estar de acuerdo en desear más aprecio por ellas mismas.

El 40% de las mujeres intervenidas quirúrgicamente afirman no desear sentir aprecio por ellas mismas.

El 50% de las mujeres mastectomizadas, esta de acuerdo en sentirse realmente inútil mientras el 50% restante no se siente así.

Finalmente, el 10% de estas mujeres considera que no sirve para nada contra un 80% que está en desacuerdo con el postulado de este ítem.

Resultados de inventario de afrontamiento proactivo (P.C.I)

Por último, se analizaron los resultados de la prueba que mide el afrontamiento de las mujeres mastectomizadas.

El inventario se divide en 7 Sub-escalas.

1. La escala de afrontamiento proactivo (SAP)
2. La escala de afrontamiento reflexivo (SAR)
3. La escala de planeación estratégica (SPE)
4. La escala de afrontamiento preventivo (SAP2)
5. Búsqueda de soporte instrumental (SBAI)
6. La escala de búsqueda de soporte emocional (SBAE)
7. Escala de Afrontamiento Evasivo (SAE)

Tabla 16.

Resultados del inventario de Afrontamiento Proactivo

SUB- ESCALAS	PORCENTAJE		PORCENTAJE		PORCENTAJE		MUY BUENO	PORCENTAJE
	MALO	(%)	REGULAR	(%)	BUENO	(%)		
S.A.P	0	0	1	5	12	60	7	35
S.A.R	0	0	2	10	11	55	7	35
S.P.E	3	15	10	50	5	25	2	10
S.A.P2	0	0	9	45	11	55	0	0
S.B.A.E.	0	0	7	35	5	25	8	40
S.B.A.I	1	5	5	25	12	60	2	10
S.A.E	4	20	8	40	5	25	3	15

Tal y como puede observarse en la tabla 16, en la primera escala SAP, ninguna mujer obtuvo una baja calificación (malo), un porcentaje de 5% fue regular, un porcentaje de 35% obtuvo una calificación de muy bueno y un porcentaje de 60% obtuvo una calificación de bueno.

Tal y como puede observarse en la tabla 16, para la escala SAR, ninguna mujer obtuvo una baja calificación (malo), el 10% de regular, el 35% obtuvo una calificación de muy bueno y el 55% obtuvo una calificación de bueno.

En lo que respecta a la tercera escala SPE, el 15% obtuvo una baja calificación (malo), el 50% de regular, el 10% de muy bueno y el 25% de bueno.

Con respecto a la cuarta escala SAP2, la tabla 16 permite observar que un porcentaje de 45% fue regular, ninguna mujer obtuvo una alta calificación de muy bueno, y un 55% obtuvo una calificación de bueno.

Tal y como puede observarse en la tabla 16, en la quinta escala SBAI el 5% obtuvo una baja calificación de malo, el 25% de regular, el 10% de muy bueno y el 60% obtuvo una calificación de bueno.

Los resultados obtenidos en la sexta escala (SBAE), permiten observar que ninguna mujer obtuvo una baja calificación de malo, un 35% de regular, un 40% de muy bueno y un 25% de bueno.

Finalmente, con respecto a la séptima escala (SAE), el 20% obtuvo una calificación de malo, el 40% de regular, el 15% de muy bueno y el 25% de bueno.

En la segunda parte de los resultados se mostrara algunas correlaciones significativas en la investigación.

El estilo de afrontamiento predominante en las mujeres mastectomizadas es el afrontamiento proactivo y el afrontamiento reflexivo ; Es decir el afrontamiento mas efectivo en las mujeres mastectomizadas es aquel donde buscan conocimiento, tienen conductas autorreguladas y buscan metas autónomas, para lograr todas las metas propuestas; también tienen un afrontamiento reflexivo donde utilizan herramientas cognoscitivas como la reflexión y la comparación de varias conductas alternativas, para generar planes de acción hipotéticos.

El estilo de afrontamiento que menos predomina en las mujeres mastectomizadas es el afrontamiento de planeación estratégica. Y el afrontamiento Evasivo. Es decir

no generan programas de acción a largo plazo, y no utilizan la evitación de la situación.

Tabla 17.

Estado civil. Separadas

	separadas							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	0	0%	9	100%	0	0%	0	0%
S.a.r	1	11,11111111%	7	77,7%	1	11,11%	0	0%
spe	1	11,11111111%	1	11,11%	4	44,4%	3	33,3%
sap2	0	0%	7	77,77%	2	22,2%	0	0%
sbae	6	66,6666667%	1	11,11%	2	22,2%	0	0%
sbai	1	11,111111%	6	66,66%	2	22,2%	0	0%
sae	1	11,111111%	2	22,22%	4	44,4%	2	22,222%

En relación al estado civil y el estilo de afrontamiento, como se observa en la tabla 17, las mujeres separadas tienen un buen afrontamiento proactivo y reflexivo, al igual que las mujeres mastectomizadas en general, sin embargo también tienen un buen afrontamiento preventivo (busca una amenaza potencial en el futuro basada en el conocimiento o la experiencia), un buen afrontamiento basado en la búsqueda de soporte instrumental (buscan información en un sector social), y un buen afrontamiento basado en la búsqueda de soporte emocional (buscar apoyo social).

Tabla 18.

Estado civil. Casadas

	casadas							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	2	66,666%	1	33,3%	0	0%	0	0%
S.a.r	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%
spe	1	33,3%	0	0%	2	66,6%	0	0%
sap2	0	0%	1	33,3%	2	66,6%	0	0%
sbae	1	33,3%	0	0%	2	66,6%	0	0%
sbai	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%
sae	1	33,3%	0	0%	0	0%	2	66,6%

Las mujeres casadas (tabla 18) tienen buen afrontamiento Proactivo y reflexivo, al igual que las separadas, y también puntúan alto en el afrontamiento preventivo.

Tabla 19.

Estado civil. Unión libre

	union libre							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	3	75%	1	25%	0	0%	0	0%
S.a.r	2	50%	1	25%	1	25%	0	0%
spe	0	0%	1	25%	3	75%	0	0%
sap2	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%
sbae	0	0%	2	50%	2	50%	0	0%
sbai	0	0%	2	50%	2	50%	0	0%
sae	1	25%	1	25%	2	50%	0	0%

Y las mujeres en unión libre (tabla 19) tienen un buen afrontamiento reflexivo y proactivo, y puntúan medio alto en el afrontamiento evasivo.

Tabla 20.

Ocupación y afrontamiento. Amas de casa

	ama casa							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	1	14,2%	5	71,4%	1	14,2%	0	0%
S.a.r	1	14,2%	6	85,75	0	0%	0	0%
spe	1	14,2%	3	42,85	1	14,2%	2	28,5%
sap2	0	0%	5	71,4%	2	28,5%	0	0%
sbae	5	71,4%	1	14,2%	1	14,2%	0	0%
sbai	1	14,2%	3	42,8%	2	28,5%	1	14,2%
sae	1	14,2%	1	14,25	4	57,1%	1	14,2%

En cuanto a la ocupación y el estilo de afrontamiento, las amas de casa como se observa en la tabla 20, tienen un buen afrontamiento proactivo y reflexivo, también tienen un buen afrontamiento preventivo (busca una amenaza potencial en el futuro basada en el conocimiento o la experiencia), y un buen afrontamiento basado en la búsqueda de soporte emocional (buscar apoyo social).

Tabla 21.

Ocupación y afrontamiento. Independientes

	independiente							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	3	75%	1	25%	0	0%	0	0%
S.a.r	2	50%	1	25%	1	25%	0	0%
spe	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%
sap2	0	0%	1	25%	3	75%	0	0%
sbae	0	0%	2	50%	2	50%	0	0%
sbai	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%
sae	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%

Las mujeres independientes tienen un buen afrontamiento proactivo y reflexivo, un buen afrontamiento basado en la búsqueda de soporte instrumental (buscan información en un sector social), y puntúan medio alto en el afrontamiento evasivo.

Tabla 22.

Ocupación y afrontamiento. Empleadas

	empleada							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%
S.a.r	2	40%	2	40%	1	20%	0	0%
spe	1	20%	1	20%	2	40%	1	20%
sap2	0	0%	3	60%	2	40%	0	0%
sbae	3	60%	2	40%	0	0%	0	0%
sbai	1	20%	4	80%	0	0%	0	0%
sae	0	0%	2	40%	2	40%	1	20%

Y las mujeres empleadas (tabla 22) tienen un buen afrontamiento proactivo y reflexivo y basado en la búsqueda de soporte instrumental (buscan información en un sector social), y un buen afrontamiento basado en la búsqueda de soporte emocional (buscar apoyo social).

Tabla 23

Fecha de mastectomía y afrontamiento. Menos de un año

	menor de un año							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	1	25%	3	75%	0	0%	0	0%
S.a.r	2	50%	2	50%	0	0%	0	0%
spe	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%
sap2	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%
sbae	1	25%	1	25%	2	50%	0	0%
sbai	1	25%	2	50%	0	0%	1	25%
sae	1	25%	2	50%	1	25%	0	0%

Según la fecha de mastectomía, las mujeres con un año o menos (tabla 23), presentan alta puntuación en afrontamiento proactivo, reflexivo, búsqueda de soporte instrumental y evasivo.

Tabla 24

Fecha de mastectomía y afrontamiento. Entre un año y tres

	entre 1 año y tres							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	6	50%	6	50%	0	0%	0	0%
S.a.r	5	41,6%	5	41,6%	2	16,6%	0	0%
spe	1	8,3%	3	25%	7	58,33%	1	8,3%
sap2	0	0%	5	41,6%	7	58,3%	0	0%
sbae	4	33,3%	4	33,3%	4	33,3%	0	0%
sbai	1	8,3%	6	50%	5	41,6%	0	0%
sae	1	8,3%	2	16,6%	5	41,6%	4	33,3%

Las mujeres entre un año y tres (tabla 24), solo puntúan alto en afrontamiento proactivo y reflexivo.

Tabla 25.

Fecha de mastectomía y afrontamiento . Más de tres años.

	mayores de 3 años							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	porcentaje
s.a.p	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%
S.a.r	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%
spe	1	25%	2	50%	1	25%	0	0%
sap2	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%
sbae	3	75%	0	0%	1	25%	0	0%
sbai	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%
sae	1	25%	1	25%	2	50%	0	0%

Y las mujeres con más de tres años (tabla 25) puntúan alto en todos los estilos de afrontamiento a excepción del afrontamiento evasivo.

Tabla 26.

Apoyo social y afrontamiento.

	apoyo social							
	muy bueno	porcentaje	bueno	porcentaje	regular	porcentaje	malo	Porcentaje
s.a.p	7	36,8%	11	57,8%	1	5,2%	0	0%
S.a.r	7	36,8%	10	52,6%	2	10,5%	0	0%
spe	2	10,5%	4	21,0%	10	52,6%	3	15,7%
sap2	0	0%	10	52,6%	9	47,3%	0	0%
sbae	8	42,1%	5	26,3%	6	31,5%	0	0%
sbai	2	10,5%	11	57,8%	5	26,3%	1	5,26%
sae	3	15,7%	5	26,3%	7	36,8%	4	21,0%

En las mujeres que perciben apoyo social (tabla 26) el estilo de afrontamiento que mas utilizan es el proactivo y reflexivo.

Conclusión

La mayoría de las mujeres mastectomizadas que participaron en el estudio, son de estratos 2 y 3. Dado que la muestra fue tan pequeña, no se pueden generalizar los resultados a este tipo de poblaciones.

La mayoría de mujeres son de 35 a 55 años de edad, no se encontraron mujeres menores de 25 años de edad y fueron pocas las mujeres entre 25 y 30 años, lo que era esperable si se considera que el cáncer de seno es de mayor prevalencia en mujeres mayores de 40 años.

Un porcentaje alto de mujeres se encuentran separadas (45%), y el porcentaje que le sigue es el de mujeres en unión libre(20%) y le sigue el de mujeres casadas (15%), sin embargo el porcentaje de ambos (35%) no sobrepasa al de mujeres separadas. Esta variable debe tenerse en cuenta ya que el apoyo social y sobre todo el de la pareja, es importante para tener un mejor afrontamiento a situaciones que pueden presentar altos niveles de estrés. El 90% de las mujeres encuestadas tienen hijos, solo el 10% no tiene hijos, el 35% tiene un solo hijo, el 25% tiene dos, y el 30% tiene 3; Esta variable puede ser importante dentro de los resultados del afrontamiento, ya que sirve como apoyo social, y como meta. Como apoyo social, se puede decir la manera como los hijos ayudan a su madre manejar todo lo relacionado con la enfermedad. Y como meta, Las madres creen ser el soporte para el desarrollo de los hijos, y una de las creencias asociadas al cáncer es la idea de la muerte, o de la invalidez, y esta variable puede ayudarlas a afrontar de mejor manera esta situación, con el objetivo de "sacar adelante a sus hijos"

La mayoría de las mujeres encuestadas tienen diferentes ocupaciones (secretaria, estilistas, independientes, diseñadoras de moda, etc.) (65%). y el resto se ocupan del cuidado del hogar (35%). El lugar de nacimiento de la mayoría de mujeres son de Cartagena, y el resto son de poblaciones de Bolívar y de pueblos y corregimientos cercanos.

La mayoría de las mujeres llevan mastectomizadas más de un año, lo que puede ser congruente con los resultados hallados en relación con el afrontamiento, pues han tenido ya una evolución que corresponde a un tiempo en el que posiblemente han adoptado estrategias para adaptarse a la situación. Es decir que este factor puede servir de análisis para observar si el afrontamiento ha pasado por diferentes etapas, de poco a mayor, o viceversa. Además la experiencia de estas pueden ayudar a determinar cuales de las variables que se están midiendo fueron realmente efectivos, cuales no y cual de estos factores no están en esta investigación y que han sido efectivos en su recuperación.

El 95% de las mujeres encuestadas comentan tener apoyo social, sin embargo realizando una correlación con el factor del estado civil, el 45% se encuentran separadas, además que el 65% comenta que en el momento no tienen pareja, ni en el momento de la mastectomía; del pequeño porcentaje que afirmo tener pareja solo el 5% contesto que su pareja si cambio, y de este grupo el 67% afirman que el cambio fue positivo, y el 10% comenta que fue negativo. Una de las conclusiones que se pueden determinar de estas estadísticas son que en un porcentaje alto de las mujeres el apoyo social se encuentra en personas diferentes a la pareja En relación a la prueba de autoestima se puede determinar en el primer ítem que todas las mujeres afirmaron que se sienten dignas de estima.

En términos generales, la autoestima de estas pacientes, contrario a lo que establece la literatura, es alta. Es posible que influya en esto el tiempo que ha transcurrido desde que las mastectomizaron, las redes de apoyo que promueven la aceptación de la enfermedad y por ende el tratamiento, lo cual suscita la rehabilitación física, psicológica, entre otras, aportando así una alta actitud por el amor propio. Tal y como lo afirma la teoría, el soporte social *“funciona como un amortiguador del estrés acabando con él. Este apoyo social implica un intercambio de información positiva y negativa entre la persona y la unidad social. El intercambio de información puede inspirar una conducta de*

afrontamiento positivo o puede tener un efecto descompesador sobre el afrontamiento (Leavy, 1983)". Este apoyo se verificó dentro de los resultados, pero notando mas un apoyo familiar o de otras personas que de parejas

No obstante, aunque no se consideran un fracaso, sienten no tener muchos motivos para enorgullecerse y a veces, se sienten inútiles. Se puede hipotetizar que después de la mastectomía no han podido seguir realizando las tareas que realizaban de la misma manera por los efectos físicos y psicosociales de este tratamiento, afectando su percepción actual de utilidad al realizar actividades laborales y/o sociales, y afectando en un sentido final su autoestima, especialmente el área del autoconcepto.

Los resultados de la subescala de afrontamiento proactivo, muestra que las mujeres mastectomizadas en su mayoría (95%) obtuvieron una calificación de bueno o muy buena en esta subescala, es decir en la obtención de metas autónomas junto con conocimiento y conducta autorreguladas para el logro de las metas.

Los resultados de la subescala de afrontamiento reflexivo, muestra que las mujeres mastectomizadas en su mayoría (90%) obtuvieron una calificación de bueno o muy buena en esta subescala, es decir en el análisis de posibles conductas alternativas debido a la comparación de una efectividad imaginada, analizando problemas y recursos, y generando planes de acción hipotéticos.

Los resultados de la subescala de planeación estratégica, muestra que las mujeres mastectomizadas en su mayoría (65%) obtuvieron una calificación de malo o regular en esta subescala, es decir en la generación de un programa de acción orientado a metas en la cual tareas extensivas terminan siendo componentes manejables.

Los resultados de la subescala de afrontamiento preventivo, muestra que todas las mujeres mastectomizadas 100% obtuvieron una calificación de regular o buena en

esta subescala, es decir en la el esfuerzo por encontrar una amenaza potencial en el futuro basado en la experiencia, la anticipación o el conocimiento.

Los resultados de la subescala de búsqueda de soporte instrumental, muestra que las mujeres mastectomizadas en su mayoría (85%) obtuvieron una calificación de regular o bueno en esta subescala, es decir en la se enfoca en la obtención de consejo, información y avance de personas dentro de un sector social cuando se enfrentan a situaciones estresantes

Los resultados de la subescala de búsqueda de soporte emocional, muestra que las mujeres mastectomizadas en su mayoría (55%) obtuvieron una calificación de bueno o muy bueno en esta subescala, es decir una regulación temporaria de dolor emocional debido a la aparición de otros sentimientos, evocando empatía y buscando compañía de algún sector social.

Los resultados de la subescala de –escala de afrontamiento evasivo, muestra que las mujeres mastectomizadas en un alto porcentaje (60%) obtuvieron una calificación de malo o regular, y el resto (40%) obtuvo una calificación de bueno o muy bueno, esta subescala hace referencia a la evitación de la situación demandada debido a la dilación.

La ocupación que presentan las mujeres puede ser factor determinante en la percepción de utilidad o inutilidad, y puede estar relacionado con algunos factores negativos de autoestima en las que las mujeres puntuaron en su mayoría altos. Se puede hipotetizar que después de la mastectomía las mujeres no pueden seguir realizando las tareas que realizaban de la misma manera por los efectos físicos y sociopsicológicos de este tratamiento, afectando su percepción actual de utilidad al realizar actividades laborales y/o sociales, y afectando en un sentido final su autoestima, especialmente el área del autoconcepto. Al respecto del afrontamiento, las calificaciones mas bajas fueron la subescala de planeación estratégica, interpretándose como que no se posee buena generación de

programas de acción orientado a metas en la cual tareas extensivas terminan siendo componentes manejables.

Y el segundo factor o subescala mas baja fue de búsqueda de soporte emocional, interpretándose como la referencia a la evitación de la situación demandada debido a la dilación.

La mayoría de las mujeres contestaron positivamente en 5 escalas, y solo en dos obtuvieron bajas calificaciones. De esto se puede concluir que las mujeres mastectomizadas encuestadas tienen buen afrontamiento y utilizan mas afrontamientos proactivos, afrontamiento reflexivos, afrontamiento preventivo, búsqueda de soporte instrumental, búsqueda de soporte emocional y se no tienen buen afrontamiento en el área de planeación estratégica y en la escala de afrontamiento evasivo.

Recomendaciones

Se recomienda realizar investigaciones correlacionales entre estado civil, y los resultados de afrontamiento y autoestima, ya que es importante establecer el tipo de apoyo social que ofrece la pareja de la mujer mastectomizada y su afrontamiento y autoestima.

Se recomienda indagar como los otros tipos de apoyo social (familiar, amigos, vecinos, etc.) Influyen en la autoestima y el afrontamiento y la diferencia de otros apoyos y de la pareja.

Se recomienda realizar investigaciones correlativas entre la ocupación y los resultados de las pruebas, sobre todo por la percepción de utilidad e inutilidad que estas ocupaciones pueden influenciar en estas percepciones.

Se recomienda investigar al respecto de la planeación estratégica, y del afrontamiento evasivo, como método de afrontamiento ya que han sido los dos métodos de afrontamiento en los que se obtuvieron los puntajes más bajos.

Se recomienda realizar investigaciones interdepartamentales, e internacionales para verificar las posibles diferencias entre los métodos de afrontamiento y autoestima de las mujeres mastectomizadas de las diferentes regiones nacionales e internacionales.

REFERENCIAS

1. Copeland E, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 607
2. Caballo V, 1998. Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos; Volumen 2 ; capitulo 9 Pág. 323 a 358
3. Crile, G.1987. Tratado de Patología Quirúrgica capitulo 23, Pág. 620
4. Christopher D, 1987. Tratado de Patología quirúrgica capitulo 23, pagina 590 a 643
5. Dennis, E. 1998. Cáncer Cáp. 1, 4,7 Barcelona: Ediciones CEAC,S.A.
6. García, C. (1999).Manual de Psicooncología. CAP.14.Madrid: aula medica
7. Harvey y Brinton, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 605
8. Henderson y Lynch, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 604 a 605
9. Herrera, A. (2000). Manual de Oncología. (1ª edición). México. Mc Graw Hill. Págs. 313-360
10. Hunter, 1998. Cáncer Cáp. 1, 4,7 Barcelona: Ediciones CEAC,S.A.
11. Janeiro, T (2001). Estimativa de la incidencia y mortalidad por el cáncer. INCA/CONPREV : Brasil.
- 12 Kalache, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 604
13. Lynch, 1991 Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 605

14. Lipnik y colaboradores, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 605
15. Moreno LF. Pérez I, 1997. mastectomía y Estética. Rev. Avances Médicos. Año IV. No. IV. Ed. Agencias Informativas Latinoamericanas S.A.
16. Pire T. Rodríguez H. Villanueva T, 1995. Et al. La información médica al paciente oncológico y su estilo de enfrentamiento a la enfermedad. Ponencia al Congreso Oncología 95. La Habana. 1995.
17. Vezeridis, M, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 605
18. Romero R, 1984. Tratado de Cirugía 1, capitulo 14 Pág. 465 a 529.
19. Stanley, J. 1998. Cáncer Cáp. 1, 4,7 Barcelona: Ediciones CEAC,S.A.
20. Swatchz, 1985. Cirugía general; capitulo 14 Pág. 581 a 643
21. www.todocancer.com
- 22 www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-suarez01.htm
- 23 www.opolanco.es/Apat/Boletin13/aecclive.htm
- 24 www.latinsalud.com/articulos/00126.asp
25. www.conicyt/comunicados/conicytprensa/04/octubre/31octubre/cancer_mama.htm

26 Schwarzer, R. (1999). The Proactive Attitude Scale (PA Scale). {On-line}. Available

27 <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/clinica04.pdf>, Palacios X (2003)
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/proactive.htm>

28 Suárez, F, 2002.. Enciclopedia Médica: mastectomía

29 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002919.htm>

30 Tannenhaus, (1998). Cáncer Cáp. 1, 4,7 Barcelona: Ediciones CEAC, S.A.

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de datos generales

Por favor, diligencie los datos que se le solicitan a continuación.

Dirección: _____ Barrio: _____

Edad: _____ años

Estado civil: soltera: ___ casada: ___ separada: ___ divorciada: ___ unión libre: ___

viuda: ___ otro: ___ ¿Cuál? _____

Número de hijos: _____

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Fecha aproximada de la mastectomía: _____

¿Considera usted que tiene personas con quien contar si se siente triste o mal de ánimo? Sí ___ No ___

Responda a la siguiente pregunta solamente si usted tiene pareja actualmente.

¿Su pareja ha cambiado con usted desde que le hicieron la mastectomía?

Sí ___ No ___

¿Cómo considera que ha sido ese cambio? Positivo ___ Negativo ___

Por favor explique su respuesta a la pregunta anterior:

Anexo 2

Consentimiento informado

Yo, _____, identificada con cédula de ciudadanía número _____ De _____, acepto y deseo participar voluntariamente en la investigación titulada “Estudio descriptivo sobre las estrategias de afrontamiento y la autoestima de mujeres mastectomizadas”. Conozco que el objetivo de esta investigación es describir los estilos de afrontamiento y los niveles de autoestima de esta población a la que pertenezco y que mi participación en ella no conduce a ningún beneficio de tipo económico, legal, moral, político, ni de ningún otro tipo. Conozco además, que la información que yo proporcione será absolutamente anónima y utilizada única y exclusivamente con fines académicos e investigativos para así poder generar propuestas que, desde la Psicología, favorezcan el desarrollo de programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas.

Firmado en Cartagena de Indias (Colombia), a los ____ días del mes de ____ de 2005.

FIRMA del PARTICIPANTE

FIRMA del INVESTIGADOR