

Relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área Metropolitana

Heidy Vanessa Correa Gómez

Silvia Carolina Pabón Méndez

Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga

2017

Relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área Metropolitana

Heidy Vanessa Correa Gómez

Silvia Carolina Pabón Méndez

En la modalidad de Proyecto de Grado para Optar al Título de Psicólogas

Director:

Ps. MSc. Manuel Alejandro Mejía Orduz

Docente asistente de la Facultad de Psicología

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2017

Nota de aceptación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presidente de jurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jurado 1: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jurado 2: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Floridablanca, \_\_\_\_\_

## **Agradecimientos**

Aprovechamos estas líneas para expresar nuestra gratitud a Dios, a Nuestra madre del cielo y a todas las personas que han hecho posible el desarrollo de este trabajo. A nuestras familias por sus oraciones, su constante apoyo y confianza. También queremos expresar nuestros especiales agradecimientos a nuestro director de tesis Manuel Alejandro Mejía Orduz por la voluntad expresada, por el tiempo brindado, por su compromiso, dedicación y orientación. Agradecemos inmensamente al Servicio de Oncología de las entidades que nos abrieron las puertas, al Doctor Jesús Solier Insuasty, al Doctor Mario Jahir Chávez Berbeo, a la Doctora Rocio Salamanca, a la Doctora Ana Fernanda Uribe por su apoyo incondicional y confianza en el trabajo. Y a todo el personal de la salud que día a día lucha por el bienestar de los pacientes oncológicos. También queremos expresar nuestros agradecimientos a las participantes de esta investigación, mujeres con voluntad luchadora que con sus ejemplos han contribuido a nuestra formación personal y profesional. Queremos también que nuestros agradecimientos se hagan extensivos a nuestros amigos, compañeros de clase y demás personas que han hecho parte de esta labor.

**Militia est vita hominis super terram” Job 7, 1**

Milicia es la vida del hombre sobre la tierra.

## Índice de contenido

|   | Pág. |
|---|------|
| Resumen   | 9    |
| Abstract  | 10   |
| Introducción  | 11   |
| Justificación   | 12   |
| Planteamiento del problema                                      | 15   |
| Objetivos   | 19   |
| Marco teórico   | 20   |
| Tratamientos para el Cáncer de Mama                             | 21   |
| Cirugía   | 22   |
| Radioterapia  | 22   |
| Terapia endocrina   | 22   |
| Terapia dirigida a blancos moleculares                          | 23   |
| Quimioterapia   | 23   |
| Consecuencias físicas y psicológicas del tratamiento oncológico | 24   |
| Efectos secundarios hematológicos                               | 24   |
| Efectos secundarios no hematológicos                            | 25   |
| Estrés percibido durante tratamiento oncológico                 | 27   |
| Concepto de estrés  | 27   |
| Concepto de afrontamiento                                       | 29   |
| Clasificación del afrontamiento                                 | 30   |
| Afrontamiento del cáncer y su relación con el estrés            | 32   |
| Rol del Psicólogo   | 36   |

|   |    |
|---|----|
| Metodología   | 38 |
| Diseño  | 38 |
| Participantes   | 38 |
| Instrumentos  | 41 |
| Cuestionario sociodemográfico                                     | 41 |
| Escala de Estrés Percibido (EEP-14)                               | 41 |
| Escala de Estrategias de Coping (EEC-M)                           | 43 |
| Consideraciones éticas  | 47 |
| Procedimiento   | 47 |
| Análisis de datos   | 49 |
| Resultados  | 50 |
| Discusión   | 60 |
| Del estrés en mujeres con cáncer de mama                          | 60 |
| De las estrategias de afrontamiento                               | 63 |
| De la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento | 68 |
| Conclusiones  | 73 |
| Recomendaciones   | 75 |
| Referencias   | 76 |
| Apéndices   |    |

**Índice de tablas**

|  | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes  | 40   |
| Tabla 2. Frecuencias absolutas y relativas de la muestra evaluada considerando los niveles en la Escala de Estrés Percibido establecidos por Kobra et al. (2014)                             | 50   |
| Tabla 3. Análisis estadísticos en la EEC-M considerando las medias y desviaciones estándar de los datos normativos y de la muestra evaluada  | 53   |
| Tabla 4. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov   | 55   |
| Tabla 5. Correlación entre las estrategias de afrontamiento de la Escala de Estrategias de Coping y las puntuaciones derivadas de la Escala de Estrés Percibido (Total, Positiva y Negativa) | 56   |
| Tabla 6. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la Predicción del Estrés Percibido a partir de Tres Estrategias de Afrontamiento   | 58   |

## Índice de Apéndices

Apéndice A. Cuestionario sociodemográfico

Apéndice B. Instrumento Escala de Estrés Percibido (EEP-14)

Apéndice C. Instrumento Escala De Estrategias De Coping – Modificada (*EEC-M*)

Apéndice D. Correlaciones entre las estrategias o factores del instrumento de Estrategias de Coping (*EEC-M*)



**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>TITULO:</b>      | Relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área Metropolitana |
| <b>AUTOR(ES):</b>   | Heidy Vanessa Correa Gómez<br>Silvia Carolina Pabón Méndez   |
| <b>FACULTAD:</b>    | Facultad de Psicología   |
| <b>DIRECTOR(A):</b> | Manuel Alejandro Mejía Orduz   |

**RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama que recibían tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área metropolitana. Se contó con la participación de 62 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento oncológico adscritas a entidades de salud encargadas del tratamiento del cáncer, a quienes se les administró la Escala de Estrés Percibido (EEP-14) y La Escala de Coping Modificada (EEC-M). Se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de alcance correlacional transeccional. Entre los resultados se encontró un nivel predominante de estrés medio-bajo en la muestra, esto pudo deberse a algunas características sobresalientes en las mujeres, como la ausencia de comorbilidad, estar casadas, tener un tiempo de tratamiento mayor, entre otros. Se destacaron las estrategias de afrontamiento Religión, Evitación Cognitiva, Reevaluación Positiva lo cual teniendo en cuenta lo dicho por la literatura acerca de éstas estrategias, las participantes evaluadas tienen un perfil de afrontamiento adaptativo. Finalmente se hallaron correlaciones en sentido positivo entre estrés con las Estrategias de Afrontamiento: Reacción Agresiva y Expresión de la Dificultad de Afrontamiento, mientras que en sentido negativo con la Estrategia de Afrontamiento Reevaluación Positiva, obteniendo con esto una aproximación sobre aquellas estrategias que podrían estar involucradas en la modulación del estrés durante el tratamiento oncológico en mujeres con cáncer de mama.

**PALABRAS  
CLAVES:**

Estrés, Estrategias de Afrontamiento, Cáncer de mama, Tratamiento oncológico

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Relationship between stress and coping strategies in women with breast cancer receiving oncologic treatment in Bucaramanga and its metropolitan area

**AUTHOR(S):** Heidi Vanessa Correa Gómez  
Silvia Carolina Pabón Méndez

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Manuel Alejandro Mejia Orduz

**ABSTRACT**

The present research aimed to analyze the relationship between stress level and coping strategies in women with breast cancer receiving oncological treatment in Bucaramanga and its metropolitan area. A total of 62 women diagnosed with breast cancer registered in health care entities for the cancer treatment, were evaluated with the Perceived Stress Scale (PSS-14) and Coping Strategies Scale-Modified (CSS-M). A quantitative approach with a non-experimental design of a correlational cross-sectional scope was used. The results of the study showed a predominant level of medium-low stress in the sample, probably due to some distinctive characteristics in the women, such as the absence of comorbidity, being married, being in a longer treatment time, etc. The coping strategies highlighted were Religion, Cognitive Avoidance, Positive Reevaluation, and considering what the literature says about these strategies, the sample had an adaptive coping profile. Finally, positive significant correlations were found between stress and the Coping Strategies: Aggressive Reaction and the Expression of the Coping Difficulty, while a negative significant correlation with the Coping Strategy: Positive Reevaluation, resulting as an approximation on those strategies that could be involved in the modulation of stress during cancer treatment for women with breast cancer.

**KEYWORDS:**

Stress, Coping strategies, Breast cancer, Oncological treatment

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la prevalencia de enfermedad crónica es más elevada y constituye un serio problema de salud pública, no solo por el hecho de su incidencia en la población, sino por los efectos que ésta ocasiona a nivel físico, social y psicológico en una persona. Ahora bien, entre las enfermedades crónicas el cáncer se ha caracterizado por tener un elevado índice de mortalidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016), obteniendo cifras representativas en lo que respecta al cáncer de mama en la población femenina (Asociación Española Contra el Cáncer, 2016). Actualmente se conoce que puede ser tratado e incluso muchas veces con resultados curativos. Sin embargo, es sabido que estos tratamientos generan efectos adversos a nivel físico, psicológico y comportamental, lo cual ha suscitado la necesidad de un abordaje integral desde distintas áreas profesionales, que conjugue la comprensión del fenómeno, la dedicación, el desarrollo de habilidades y la vocación del servicio.

Con el presente trabajo se pretende abordar el estrés y su relación con las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico. Para ello, inicialmente, se ofrece una conceptualización del cáncer como enfermedad crónica, su etiología y evolución, así como los diferentes tratamientos y sus efectos colaterales, entre estos el estrés, el cual en los últimos años ha sido ampliamente estudiado en diferentes ámbitos, por parte de la comunidad científica. A su vez, se plantean los diferentes mecanismos de afrontamiento empleados como respuesta al estrés por pacientes oncológicos según lo manifestado en la literatura. Por consiguiente, se aborda la relación entre estas dos variables (estrés y estrategias de afrontamiento) y posteriormente se exponen los hallazgos en la población evaluada, corroborando aspectos evidenciados a la luz de la literatura.

## JUSTIFICACIÓN

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer no es una cuestión sencilla. No sólo por los padecimientos que involucra la enfermedad en sí, sino por el impacto psíquico que se genera en la persona que lo recibe. Según la Organización Mundial de la Salud (2016), cada año aumenta el número de personas que lo padecen, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Ahora bien, el cáncer de mama se registra como la neoplasia de mayor incidencia en la población femenina y es a su vez, considerado como la segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón; ante esto el Centro para el Control de Enfermedades (2016) reporta una tasa de 122.2 casos por cada 100 mil mujeres por año.

En Colombia, el cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública. Conforme al último análisis de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (ENT) del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), anualmente fallecen 2.649 mujeres a causa de éste y se detectan cerca de 8.686 casos al año. Ante esto, la Secretaría de Salud y Ambiente Municipal refiere que mientras en Colombia se registran cerca de 10 muertes por cada 100 mil casos detectados, en Bucaramanga se aproxima a 17 casos, sobrepasando así la media Nacional con un 10.3% (Vanguardia, 2013).

Hoy en día el tratamiento del cáncer no se limita a la exposición de los diferentes tratamientos como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, entre otros. Los aspectos psicológicos y sociales que conlleva esta enfermedad son en la actualidad más tenidos en cuenta por los profesionales de la salud. Esto es así, no solo porque se ha observado que el abordaje de estos aspectos contribuye a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, sino también por la influencia que tienen durante el periodo de la enfermedad (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013). Por lo anterior se evidencia la necesidad de ampliar el

conocimiento sobre el padecimiento oncológico, con el fin de aportar elementos para la atención que brinda el sistema de salud a las personas con dicha condición.

Estudios muestran que una enfermedad de la magnitud del cáncer, suele estar vinculado a la presencia de estrés psicológico (Alonso & Bastos, 2011), que puede llegar a afectar al inicio o curso del cáncer, debido a los cambios biológicos propios de la respuesta de estrés que pueden predisponer la enfermedad (Téllez, López, Cadena, Sánchez, Martínez, García & Villegas, 2012). Sin embargo, la percepción del estrés, puede verse influenciada por las estrategias de afrontamiento que el paciente utilice para el manejo de la enfermedad. Estas estrategias son consideradas como aquellos “mecanismos psicológicos que los sujetos ponen en marcha para enfrentarse o ajustarse a una situación de sobrecarga o amenaza intensa” (Cano, Sirgo & Pérez, 1994, p. 102).

Considerando lo anterior, la manera de afrontar el cáncer de mama podría convertirse en unos de los indicadores más importantes para determinar la adaptación de la enfermedad y el bienestar de la mujer; pues éste, al contar en la mayoría de los casos, con una mala evolución y un diagnóstico tardío, supone un elevado nivel de estrés en el transcurso de la enfermedad (Ascencio, 2015). En un estudio realizado por Ascencio (2015), con el fin de conocer la relación existente entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal, se halló que la manera de afrontamiento hacia la enfermedad actúa como un modulador de la salud durante el proceso de la enfermedad, pudiendo incidir sobre el bienestar físico y psicológico en función del estilo asumido por cada paciente.

El tema de investigación propuesto en esta tesis resulta de utilidad teórica, debido a que permite llegar a conocer el nivel de estrés presente en la población abordada y los mecanismos de afrontamiento utilizados durante la experiencia de la enfermedad y su

tratamiento. A su vez, posibilita analizar si existe o no asociación entre las dos variables a evaluar. Esto, con el fin de contribuir al personal de salud que quiera intervenir en la mejora de la calidad de vida de la población oncológica, por medio de evaluación del estrés y su experiencia de afrontamiento, ofreciendo a los profesionales una visión de trabajo que oriente el acompañamiento a los pacientes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer más allá de ser definido como un conjunto de enfermedades causado por la división descontrolada de células anormales en diversas partes del organismo (Puente, 2015), expresa en su naturaleza una serie de cambios físicos y comportamentales, influenciados por aspectos como: los efectos secundarios de los tratamientos, la incertidumbre ante su evolución y el significado social de la enfermedad (Alonso & Bastos, 2011). En mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, este evento suele ser considerado como una amenaza persistente asociada a la presencia de altos niveles de estrés, ya que es visto por la población como una enfermedad de alto costo, que impacta a nivel personal, laboral, conyugal, familiar y social (De Haro-Rodríguez, Gallardo-Vidal, Martínez-Martínez, Camacho-Calderón, Velázquez-Tlapanco, & Paredes, 2014).

Según Hans Selye (1976), el estrés es la suma de todo fenómeno biológico provocado por la exposición repentina a estímulos a los que el organismo no está habituado. A su vez Selye en 1936 plantea el estrés como una respuesta adaptativa orientada a favorecer la supervivencia, sin embargo propone que una activación prolongada del mismo, podría generar gran desgaste en el individuo, ocasionando repercusiones negativas para la salud (Gómez & Escobar, 2006). Respecto a lo anterior, estudios han reportado que las experiencias de estrés crónico actúan como inductores de una función inmune alterada, modificando la dinámica neuroendocrina y el comportamiento inmune del organismo, impidiéndole la lucha eficaz contra las células cancerosas y favoreciendo su proliferación (Boticario & Cascales, 2013).

De esta manera, la literatura expresa una serie de estudios que ponen en evidencia los efectos negativos de un estrés prolongado o crónico sobre la salud, debido a que una carga específica de estrés puede provocar que otros agentes infecciosos o bacterias causen más

enfermedades, además de la inhibición del sistema ante la aparición de células neoplásicas (Sirera, Sánchez & Camps, 2006). Por otra parte, en algunos estudios con animales (Amkraut & Solomón, 1975; Solomón & Amkraut, 1979), mencionados por Irwin y Anisman (1984), se concluye que existen perturbaciones en el sistema inmune ocasionadas por parte del estrés. Respecto a esto, Sirera et al. (2006) indican la influencia que puede tener el estrés en el desarrollo del tumor por los cambios que ocurren a nivel inmunológico. Asimismo, en investigaciones experimentales con ratones portadores de tumores humanos, se observó que aquellos que eran sometidos a situaciones estresantes, tenían una mayor probabilidad de crecimiento y diseminación del tumor (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Por otro lado, la American Psychological Association (2016), enuncia que las experiencias de estrés en seres humanos suelen estar asociadas con diversas alteraciones inmunológicas, mayor susceptibilidad a padecer problemas crónicos de salud o a modificar la severidad de los mismos. Como también lo plantea Prieto (2004) y Sánchez, Gonzáles, Marsán y Macías (2006) quienes reafirman la relación de la disminución de la función del sistema inmunológico a causa del estrés y sus implicaciones en el cáncer. Hallazgos como estos conducen a considerar la posible relación entre el estrés y el curso de una enfermedad como el cáncer y a su vez justifican la importancia de investigar factores asociados al estrés que puedan constituirse en moduladores de sus niveles, tales como: las estrategias de afrontamiento.

En mujeres con cáncer de mama los problemas físicos y el temor a los tratamientos son eventos que están vinculados a altos niveles de estrés que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes (Lostanau & Torrejon, 2013); por consiguiente, cuando un evento es percibido como estresante, las personas desarrollan una serie de estrategias para enfrentar la



situación, las cuales actúan como moduladores de la respuesta de estrés. Así pues, se ha encontrado que un afrontamiento evitativo se relaciona con la presencia de un elevado nivel de estrés mientras que un afrontamiento orientado a la emoción como por ejemplo búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva, a bajos niveles de estrés (Pieterse et al., 2007).

Por otra parte, aunque existe información de las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por pacientes oncológicos y se ofrecen resultados sobre su posible relación con la respuesta de estrés en países como Brasil y Estados Unidos (Ticona, Santos & Siqueira, 2015; Yang, Brothers & Andersen, 2009), a nivel nacional existe limitación sobre el estudio de dicho fenómeno y una carencia a nivel regional si se trata específicamente en muestras de pacientes con cáncer de mama, pudiendo en cambio apreciarse estudios, en los cuales se evalúan las estrategias de afrontamiento asociadas a otras variables, en ciudades como Bogotá (Ortiz, Méndez, Camargo, Chavarro, Toro & Vernaza, 2014). A su vez teniendo en cuenta las importantes cifras de incidencia del cáncer de mama al interior del área metropolitana, como las brindadas por el último reporte del Instituto Nacional de Cancerología (Pardo & Cendales, 2015), que tomó datos del Registro Poblacional de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga donde se declara que en Santander, entre los años 2007 y 2011 se presentó una incidencia anual estimada de 353 casos y además considerando que resulta de importancia conocer la relación entre los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento con el fin de brindar insumos para la atención de la población oncológica que permitan mejorar el estado emocional del paciente y su funcionamiento del sistema inmune, se ha planteado responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área Metropolitana?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área Metropolitana.

### **Objetivos Específicos**

- Describir el nivel de estrés presente en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico.
- Evaluar las estrategias de afrontamiento presentes en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico.
- Identificar la relación que existe entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en la muestra.

## MARCO TEÓRICO

A través del tiempo las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado considerablemente debido a su incidencia y prevalencia en la población, se estima que el 37,8% de los hombres y el 46,9% de las mujeres de 15 años en adelante, han padecido problemas crónicos de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2014). Estas enfermedades según la World Health Organization (WHO, 2013) son consideradas como afecciones generalmente lentas y duraderas, que se presentan frecuentemente en países de ingresos bajos y medios, afectando a más del 80% de los individuos. Por su parte, Vinaccia y Quiceno (2012) expresan respecto a la enfermedad crónica, que es un “trastorno no orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida de esta” (p. 127).

Así mismo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016), las enfermedades crónicas se ubican entre las principales causas de mortalidad en el mundo, entre las cuales se destacan defunciones por cardiopatías y neumopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cáncer. Esta última se encuentra entre las enfermedades no transmisibles (ENT), con mayores tasas de mortandad, siendo la responsable de 8,2 millones de muertes a nivel mundial (Globocan, 2012). A su vez, la OMS (2010), asegura que presentará un aumento para el año 2030 en comparación con el 2008 donde sería mayor en los países de ingresos bajos (82%) y medios bajos (70%), en comparación a los países de ingresos medios altos (58%) y altos (40%).

El cáncer es considerado como una enfermedad crónica cuyos síntomas pueden afectar potencialmente la calidad de vida de una persona e indudablemente, generar al individuo serias consecuencias, afectándolo en diversas partes de su organismo (Vinaccia et al.,

2005). Para autores como Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), el cáncer es “un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control, la característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía, en otras palabras, su capacidad de crecer” (p. 52). Lo anterior sucede por una alteración cromosómica en las células que ocasiona una recepción de mensajes erróneos, por lo cual la célula cancerosa pierde el control de su desarrollo, esto ocasiona un proceso de división celular acelerado, que le impide a la célula cumplir la función para la cual fue creada, formando masas de tejidos llamados tumores (Instituto Nacional de Cancerología, 2004).

En el caso del cáncer de mama, este fenómeno se presenta en los tejidos de la mama y suele destacarse entre los tipos más comunes, el *carcinoma ductal*, cuya afectación se genera en las células que reviste los conductos del seno, seguido del *carcinoma lobulillar*, el cual empieza en las glándulas lácteas (American Society of Clinical Oncology, 2010). En algunos casos, estos tipos pueden llegar a ser invasivos, es decir, propagarse en los tejidos circundantes de la mama y posiblemente a otras partes del cuerpo (American Cancer Society, 2009). Sin embargo, para determinar el estadio del cáncer los especialistas emplean números romanos acompañados de algunas letras o el sistema de estadificación TNM (Tamaño, extensión, metástasis), que permiten conocer el tipo de tratamiento de la enfermedad e identificar los estudios clínicos que puedan ser opción del tratamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

### **Tratamientos para el Cáncer de Mama**

Los avances en la tecnología y en la ciencia médica han sido la base para el desarrollo de procedimientos para el manejo del cáncer. En la actualidad, existen diversos abordajes de

uso eficaz para el control de dicha patología. Estos procedimientos según el Instituto Nacional del Cáncer (2015) consisten en:

**Cirugía.** Es un tratamiento quirúrgico del tumor primario, que se puede llevar a cabo en dos modalidades:

1. Cirugía conservadora, también conocida como tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria, que consiste en la extirpación de la parte del seno afectada.
2. La Mastectomía, cuya intervención quirúrgica compromete totalmente el seno, incluyendo el tejido mamario. Sin embargo, para llevar a cabo dicho procedimiento deben tenerse algunas consideraciones clínicas, sociodemográficas y factores biológicos del tumor.

**Radioterapia.** El tratamiento con radioterapia tiene como objetivo eliminar las células del cáncer mediante el uso de partículas de alta energía (como los rayos x). Generalmente está indicado en los pacientes que han sido sometidos a un tratamiento quirúrgico o en aquellos pacientes a quienes se les ha extendido el cáncer a otras partes del cuerpo, como los huesos y el cerebro.

Existen dos tipos principales de radioterapia que se pueden usar para el manejo del cáncer de mama:

1. Radioterapia externa: La cual consiste en la radiación por medio de una máquina que no establece contacto directo con el cuerpo del paciente.
2. Radiación interna (braquiterapia): Es la introducción de una fuente radiactiva en la zona del tumor.

**Terapia endocrina.** La terapia endocrina u hormonoterapia es administrada cuando las células tumorales conservan la característica de ser estimuladas por hormonas sexuales:

estrógenos y progesterona. Este tratamiento actúa como modulador de la concentración baja de hormonas para demorar e impedir el crecimiento del cáncer de mama. Se estima que el 50 y 70% de los pacientes posee tumor hormonosensible que permite su respectiva adherencia.

**Terapia dirigida a blancos moleculares.** Se realiza mediante el uso de fármacos que actúan sobre las proteínas o genes específicos de las células cancerosas con el fin de impedir su crecimiento y diseminación. Existen dos tipos principales: los anticuerpos monoclonales, que actúan como transportadores de sustancias tóxicas a las células cancerosas y los fármacos de moléculas pequeñas cuyo uso impiden la angiogénesis (formación de vasos sanguíneos) a partir del tejido alrededor del tumor.

**Quimioterapia.** Es el tratamiento de mayor uso clínico para el tratamiento del cáncer. Consiste en la administración de medicamentos por vía intravenosa con el fin de eliminar las células cancerosas que han podido diseminarse por el organismo.

Según Aguilar et al. (2006) citados por Rodríguez y Alvarado (2009) ésta puede clasificarse en:

- Quimioterapia neoadyuvante: Administrada antes del tratamiento quirúrgico con el fin de disminuir el tamaño del tumor y evaluar su sensibilidad a los agentes de la quimioterapia.
- Quimioterapia adyuvante: Administrada posteriormente al tratamiento local con el fin de erradicar las micrometástasis y controlar la localidad donde estaba el tumor.
- Quimioterapia concomitante: Administrada para controlar la localidad tumoral junto a la radioterapia y tener un efecto más integral.

- **Quimioterapia paliativa:** Administrada para proporcionar un alivio temporal de los síntomas sin esperar que reduzca el cáncer de manera significativa.

Sin embargo, uno de los efectos contraproducentes de la quimioterapia, radica en que presenta repercusiones en otro tipo de células no cancerígenas que tienen un patrón de reproducción similar a las células afectadas por cáncer (Caribé, Chímenos, López, Finestres & Guix, 2003). Esto ocurre, según Vega et al. (2004) dado que la quimioterapia “no actúa selectivamente sobre las células tumorales produciendo su efecto citotóxico (inhibiendo el ciclo de división celular), sino que por su falta de especificidad hace que también ejerza su acción sobre el resto del organismo” (p. 137).

### **Consecuencias físicas y psicológicas del tratamiento oncológico**

Aunque someterse a un tratamiento oncológico resulte la opción más eficaz para garantizar la supervivencia hacia la enfermedad; también puede resultar un evento perturbador a nivel físico y psicológico en la persona que lo recibe. Entre los efectos físicos García-Luna, Parejo y Pereira (2006) señalan las náuseas, el vómito, la diarrea y la pérdida de apetito, producto de la respuesta tóxica de los medicamentos que “actúan sistemáticamente sobre las células que proliferan afectando no sólo a las células neoplásicas sino también a las células no neoplásicas como la médula ósea, tracto digestivo, folículo piloso, entre otras” (p. 14). A su vez, se destacan algunos problemas de carácter hematológico y no hematológico, como los señalados por Portillo, Fernández-Corada y García (2006):

### **Efectos secundarios hematológicos**

**Anemia.** Esta condición suele estar asociada con mayor frecuencia al tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Su aparición puede producir sintomatología diversa según la gravedad, afectando la calidad de vida del paciente y su adherencia al tratamiento.



**Trombopenia.** Es la disminución de la cantidad de plaquetas del torrente sanguíneo. Las plaquetas, también denominadas trombocitos ejercen un papel fundamental en el proceso de coagulación e impide los procesos hemorrágicos. Este trastorno sucede con frecuencia en los pacientes que reciben quimioterapia y radioterapia para el tratamiento del cáncer.

**Neutropenia.** Es una afección en la sangre asociada a un nivel bajo de neutrófilos, un tipo de glóbulos blancos que ayudan a combatir los procesos infecciosos que invaden el cuerpo. Algunos factores de riesgo son principalmente el tipo e intensidad de los agentes quimioterapéuticos, edad del paciente y su estado nutricional (American Society of Clinical Oncology, 2015).

#### **Efectos secundarios no hematológicos**

**Mucositis.** Es una alteración en los tejidos de la boca. Esta condición es frecuentemente asociada al uso de la quimioterapia y la radioterapia. En fase inicial se caracteriza por sensación de sequedad bucal y aumento de la sensibilidad al calor. Posteriormente aparece dolor de intensidad creciente y la mucosa se vuelve eritematosa lo que puede provocar úlceras muy dolorosas.

**Candidiasis oral.** La infección por cándida está asociada con la presencia de enrojecimiento, picazón y malestar. Esta condición suele aparecer en pacientes con mucositis, boca seca, pobre higiene de la boca y tratamiento con corticoides.

**Náuseas y vómito.** Es un mecanismo de defensa natural que permite al organismo eliminar sustancias tóxicas. En el ámbito oncológico, es una condición muy común tras la administración de la quimioterapia y radioterapia. La incidencia y gravedad de los mismos depende de: la pausa posológica, la combinación de los fármacos y el tipo de tratamiento.

**Xerostomía.** Tanto la quimioterapia como la radioterapia pueden producir daños en las glándulas salivares, la xerostomía es causada por una disminución en la secreción de las

glándulas salivares, sus principales signos y síntomas se caracterizan por sequedad, sensación de ardor en la lengua, fisuras en comisuras labiales y aumento de la sed.

**Anorexia y Astenia.** Es un síndrome de origen multicausal, caracterizado por la pérdida de peso y apetito de forma involuntaria.

**Alopecia.** Es la pérdida de cabello asociada al efecto de la quimioterapia sobre el folículo piloso. La caída del pelo puede comenzar durante la primera o segunda semana de inicio del tratamiento y generalmente es irreversible.

**Eritema postradioterapia.** Este efecto puede aparecer dos o tres semanas tras haber finalizado la radioterapia, el paciente puede presentar enrojecimiento cutáneo y referir sensación de quemazón y piquiña.

**Fiebre medicamentosa.** Este efecto surge en pacientes que han recibido quimioterapia tras las 24-48 horas de la administración de la misma. Sin embargo, no presenta una duración mayor de 24 horas.

Ahora bien, la enfermedad oncológica representa un proceso dilatado en el tiempo, si bien tiene un comienzo desde el diagnóstico, continúa con la preocupación que despierta asumir los diferentes tratamientos y sus efectos secundarios, con la consiguiente disminución de la calidad de vida (Alonso & Bastos, 2011). Algunos autores atribuyen el tratamiento oncológico como una experiencia que podría resultar estresante afectando el bienestar psicológico del enfermo (Moysen, Garay, Gurrola, Esteban & Balcázar, 2012). Por su parte Die (2006), menciona que algunas mujeres en la fase del tratamiento, experimentan sentimientos de estrés y ansiedad, debido al cambio al que deben someter su estilo de vida, la continua exposición a revisiones médicas y el soportar tratamientos altamente agresivos.

A continuación, se señalan los aspectos más comunes de los tratamientos para el cáncer de mama, mencionados por Alonso y Bastos (2011), con el fin de entender en cada uno de ellos las alteraciones psicológicas y su relación con el estrés:

- **Cirugía:** Es un fuerte estresor en sí misma, se puede evidenciar el miedo que reportan los pacientes por la anestesia y a las posibles consecuencias después de ella. A su vez, dependiendo de la localización del tumor, puede significar la pérdida de un miembro que está asociado a la imagen corporal y la feminidad, generando efectos sobre la autoestima y el bienestar de la mujer.
- **Radioterapia:** El contacto con la máquina y el temor a posibles fallos técnicos, puede provocar en el paciente reacciones emocionales de carácter ansioso, fobias y en algunos casos sentimientos de miedo.
- **Quimioterapia:** Los efectos secundarios a nivel físico como: la alopecia, el vómito, las náuseas, la fatiga, neuropatías, etc., generan en los pacientes ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima, vulnerabilidad, dificultad de concentración, desesperanza, entre otros.

### **Estrés percibido durante tratamiento oncológico**

En párrafos anteriores se expuso que los tratamientos oncológicos pueden resultar una experiencia estresante, por lo que se hace necesario abordar la definición de estrés desde algunas perspectivas y mencionar aquellas investigaciones en donde se evidencia la presencia del mismo asociado a la exposición del tratamiento oncológico.

### **Concepto de estrés**

El término estrés ha sido definido de diversas maneras debido a que existen percepciones individuales que difieren entre sí. Al considerar el estrés como un estímulo, Lazarus y Folkman (1986), hablan de una serie de circunstancias que resultan perturbadoras

y que de forma inusual demandan al individuo cambios en su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, atribuyen el estrés a la relación entre individuo-ambiente, en la que el sujeto percibe las demandas del entorno como un peligro para su bienestar, si estas llegan a exceder los recursos para enfrentarlas. De otro lado, se ha planteado el estrés desde una concepción fisiológica, ante esta, el término supone un conjunto de reacciones fisiológicas que se experimentan ante la presencia de un estímulo nocivo, por tanto, el estrés es considerado no como la demanda ambiental sino como las reacciones que se suscitan en el organismo ante la situación (Carrobles, 1996). El término estrés ya era usado en física por Selye y con este, aludía a la fuerza que se ejerce sobre un objeto, provocando su destrucción al superar una magnitud específica.

En relación a esto, Fernández (2004), menciona que a causa de los tratamientos oncológicos, ocurren cambios en la apariencia física que se encuentran relacionados a la aparición del estrés. Ante esto, Parra, García e Insuasty (2011), exponen que los cambios en la imagen corporal afectan la autoimagen y la autoestima de la mujer. Por otro lado, Fuentes y Blasco (2010), indagaron cuáles eran los generadores de estrés en una muestra de 53 mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico, reportando que el 90.6% de los casos está asociado a las posibles consecuencias del tratamiento. No obstante, Cifuentes y Villegas en el 2009, comentan que el incremento en los niveles de estrés -una de las posibles reacciones-, está sujeto a la duración del tratamiento, las características particulares de la enfermedad, como “la duración, el curso, la gravedad, y también a las características personales, como las creencias, la manera de controlarse, el aprendizaje previo, las habilidades, y el contexto en el que se encuentra el sujeto” (p. 39).

De otra manera, en una investigación planteada por Zainal, Hui, Hang y Bustam (2007), con el objetivo de conocer el nivel de estrés a través del “Distress Thermometer” en 168

personas con diagnóstico de cáncer, se encontró en pacientes bajo tratamiento, un mayor nivel de estrés asociado a los efectos secundarios tales como: cambios en la apariencia, alteraciones del sueño, presencia de náuseas, dolores, entre otros. Asimismo, Knobf (1986), en su indagación sobre el nivel de estrés físico y psicológico en una muestra de mujeres con cáncer de mama, reportó un elevado nivel de estrés en quienes recibieron tratamiento.

Adicionalmente, la literatura menciona diferencias significativas en la percepción del estrés entre hombres y mujeres. Un estudio realizado en 100 pacientes de cáncer colorrectal, al comparar la percepción de estrés según sexo, evidenció la presencia de altos niveles de estrés en las mujeres (Ticona et al., 2015). Otra investigación con el objetivo de conocer el bienestar psicológico en mujeres y hombres sobrevivientes de melanoma, encontraron diferencias en el nivel de estrés, siendo éste mayor en las mujeres (Hamama-Raz, 2012). No obstante, Cifuentes y Villegas en el 2009, comentan que el incremento en los niveles de estrés -una de las posibles reacciones-, está sujeto a la duración del tratamiento, las características particulares de la enfermedad, como “la duración, el curso, la gravedad, y también a las características personales, como las creencias, la manera de controlarse, el aprendizaje previo, las habilidades, y el contexto en el que se encuentra el sujeto” (p. 39).

Ahora bien, ante un mismo suceso potencialmente estresante, las personas expresan una serie de reacciones que difieren entre sí. Por estos motivos dentro del marco de la investigación se ha indagado sobre las denominadas estrategias de afrontamiento, las cuales según Crespo y Cruzado (1997) citado por Rodríguez (2006) se han considerado mediadoras de las respuestas de estrés y de su nivel de percepción.

### **Concepto de afrontamiento**

El afrontamiento es planteado por Morán, Landero y Gonzales (2010), como un factor estabilizador. De esta manera, actúa como un facilitador del ajuste individual y la adaptación ante situaciones estresantes. Por otra parte, Lazarus y Folkman (1986) dentro de su modelo transaccional de estrés, definen el afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). De otro modo Soriano (2002) plantea que para algunos autores (Watson & Greer, 1998), el afrontamiento en la población oncológica se trata de las “respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante la enfermedad, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer)” (p. 75).

### **Clasificación del afrontamiento**

Existen variadas estrategias de afrontamiento que puede manejar un individuo, el uso de estas puede estar determinado por el estresor en sí mismo o por las condiciones asociadas a este. Sin embargo, se han planteado algunos modelos teóricos los cuales tienden a agrupar según el tipo de respuesta las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, algunas de estas se han clasificado conforme al método empleado, en activas o centradas en el problema y pasivas o centradas en la emoción. La primera de ellas, se destaca por una respuesta orientada a ejercer planes en busca de posibles soluciones ante la situación, mientras que personas con un tipo de afrontamiento pasivo, buscan alejarse de la situación, tratando de ignorarla, negarla o bien, rechazando el evento (Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra & Jaramillo-Villanueva, 2012). Es importante exponer que hay estudios respaldando que las

estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema son predictoras de una mejor salud, respecto a las pasivas o centradas en la emoción, vinculadas a malestar psicológico, físico y mortalidad elevada (Murberg, Furze & Bru, 2004; Shen, McCreary & Myers, 2004, citados por Valls & Rueda, 2013).

Por otro lado, las estrategias también se clasifican según cómo se enfoque o se centre la respuesta de afrontamiento, si hacia la emoción o al problema. Cuando el individuo afronta una situación del primer modo, utiliza mecanismos emocionales como: comparaciones positivas, reevaluación cognitiva, evitación, entre otras, que le permiten reducir la alteración emocional que le genera el acontecimiento. Mientras que cuando el individuo utiliza un afrontamiento dirigido al problema, busca soluciones para este y considera diferentes opciones en función de costo y beneficio (Lazarus & Folkman, 1986). Siguiendo esta perspectiva, Font y Cardoso (2009), reportan una propuesta (Moos & Holahan, 2007), donde las estrategias se clasifican teniendo en cuenta la respuesta de afrontamiento dirigida al problema, en un enfoque cognitivo y un enfoque conductual, en el caso de un enfoque cognitivo, los individuos atribuyen un análisis lógico y la búsqueda de un significado a la situación, por el contrario de un enfoque conductual de afrontamiento, el cual está orientado a tomar medidas concretas para manejar la situación, para ello recurren a la búsqueda de información y redes de apoyo.

A su vez, otros autores realizan una distinción entre estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas, frente a esto Rodríguez (2006) expone que las estrategias adaptativas son aquellas más eficaces para el manejo del estrés y por otra parte aludiendo a un estudio (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier & Robinson, 1993), presenta algunas estrategias que pertenecen al grupo de tipo no adaptativo como el caso de la negación, el centrarse en las emociones y la desconexión mental.

Considerando lo anterior, asimismo Rodríguez (2006) en el caso del cáncer, estima que las estrategias de afrontamiento que ayudan a ver la enfermedad como un reto son más adaptativas que aquellas donde se percibe como un daño irreversible, por ejemplo, encontró en algunos trabajos (Dunkel-Setter, Finstein, Taylor & Falke, 1992; Van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997) que estrategias como la confrontación y el espíritu de lucha o la búsqueda de apoyo social y el centrarse en los aspectos positivos, están relacionadas a una mejor adaptación, pero por otro lado, estrategias como la evitación, la negación, fatalismo, la aceptación pasiva, la preocupación ansiosa y la pérdida de control, entre otras, estaban asociadas a un menor bienestar psicológico o peor adaptación.

De igual manera, es importante resaltar que las variadas respuestas de afrontamiento pueden resultar beneficiosas para unas personas ante una situación particular, pero podrían no serlo para otras personas en distinta situación. La eficacia del afrontamiento que se alcance, dependerá en gran medida de la consecución de metas del afrontamiento, es decir, hasta qué punto se reduce el malestar emocional y se soluciona el problema (Lazarus & Folkman, 1986).

### **Afrontamiento del cáncer y su relación con el estrés**

Cuando un paciente es diagnosticado con cáncer y su enfermedad evoluciona, estas dos situaciones actúan como estresores altamente amenazantes, que inducen una elevada respuesta de estrés físico y psíquico en la mayoría de los pacientes (Pocino et al., 2007). El momento en que la persona recibe el diagnóstico, por ejemplo, es un evento catalogado como excesivamente estresante, para lo cual Rebolledo y Alvarado (2006) plantean que las respuestas del paciente frente al diagnóstico dependen de las estrategias de afrontamiento, las cuales están sujetas a las evaluaciones positivas o negativas del evento, y la personalidad del paciente. Asimismo, los tratamientos recomendados luego del diagnóstico



influyen notablemente en que los pacientes pueden presentar conductas de evitación, que se producen por factores como, por ejemplo: Tener un familiar que previamente pasó por el proceso de tener una enfermedad crónica o la fuerte estigmatización que tiene un tratamiento quimioterapéutico (Castaño & Palacios-Espinoza, 2013).

Hablar del modo de afrontamiento variado frente a una enfermedad tan delicada como el cáncer de mama toma importancia, cuando investigaciones muestran que mujeres que han empleado estrategias de afrontamiento de resolución de problemas manifiestan estar menos estresadas y más optimistas en comparación a mujeres que no cuentan con recursos de apoyo (Knobf, 2007). Por otro lado, García-Viniegras y González en el 2007, presentan investigaciones (McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter & Foreman, 1999; Schnoll, Knowles & Harlows, 2002) donde se ha encontrado que utilizar un afrontamiento enfocado en la negación del problema está asociado a bajos niveles de bienestar, a su vez Knobf (2007) expone varios estudios (Boyle, 2006; Helgeson, Snyder & Seltman, 2004) donde se evidencia que aquellas mujeres que perciben apoyo social tanto por parte de sus cercanos como del sistema de salud, muestran un ajuste psicológico adecuado. Sin duda la anterior información resulta de interés, dado que al conocerla puede contribuir a que las personas busquen la manera de modificar su forma de afrontar la situación difícil por la que están pasando para adaptarse a ella de un modo más funcional.

En un estudio realizado en un grupo de 17 personas adultas diagnosticadas con cáncer en la ciudad de Bogotá, con el objetivo de hallar la relación entre las estrategias de afrontamiento, los niveles de ansiedad, autoestima y depresión (Se usó la Escala de Estrategias de Coping-Modificada), se encontró que en la muestra las estrategias más predominantes o utilizadas fueron religión, solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y reevaluación positiva -resultados coincidentes a otros estudios- y a su vez que

los niveles de ansiedad y depresión eran menores, cuando estaban presentes estrategias de afrontamiento como la solución de problemas (Ortiz et al., 2014).

Asimismo, en una investigación (Mehrabi, Hajian, Simbar, Hoshyari & Zayeri, 2015) que realizó una búsqueda de diferentes estudios (20 en total) sobre las estrategias de afrontamiento en mujeres con de cáncer de mama en diferentes partes del mundo, se halló entre otras cosas que algunas de las estrategias más comúnmente utilizadas por las mujeres fueron la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y la religión, a su vez en uno de esos estudios referidos (Reynolds, Hurley, Torres, Jackson, Boyd & Chen, 2000) se encontró que la evitación solía ser común durante las primeras fases de la enfermedad . No obstante, hay que tener en cuenta que factores sociodemográficos como el nivel educativo o el apoyo psicosocial, son factores que influyen de manera determinante en el estilo de afrontamiento asumido (Al-Azri, Al-Awisi, Al-Rasbi & Al-Moundhri, 2009).

Para Bayes (1991) citado por Rodríguez (2006), aquellas estrategias de afrontamiento más frecuentes en la población oncológica serían:

- Buscar información: Acerca de la enfermedad y los tratamientos, brinda tranquilidad frente al desasosiego que el cáncer puede acarrear.
- Buscar apoyo: Utilizar esta estrategia contribuye a aumentar la sensación de que se tiene control sobre la situación y disminuir el negativismo.
- Atribución: Consiste en adjudicar causas concretas a la situación por la que está pasando, con el fin de aumentar la sensación de control y reducir la incertidumbre.
- Acción impulsiva: Empleo de ira y expresiones de sufrimiento.
- Evitar confrontaciones: Se utiliza una actitud pasiva y de evitación frente a la situación.

- Afrontamiento activo: Utilizar esta estrategia consiste en que el individuo racionalmente y de manera activa busque una solución ante las situaciones problemáticas.

Algunas investigaciones exponen cómo las variables, estrés y estrategias de afrontamiento, se relacionan, mostrando variaciones en el nivel de estrés conforme las estrategias de afrontamiento utilizadas. Lo anterior tiene una relación con lo indicado por Moral de la Rubia y Martínez (2009) quienes mencionan que “la reacción de estrés no está relacionada con la naturaleza objetiva del estímulo estresante, sino con la interpretación y significado psicológico que el sujeto le da a los estímulos o situaciones” (p. 190). Autores como Cano et al. (1994) coinciden al afirmar que el evento puede no ser el desencadenante del estrés sino la interpretación del paciente y las estrategias de afrontamiento que éste implemente ante el estresor.

Por otra parte, en una investigación realizada en 24 mujeres con cáncer de mama en Nariño, que recibían tratamiento en una institución de ese departamento, donde se utilizó la Escala de Estrategias de Coping-Modificada, se encontró que la estrategia de afrontamiento más utilizada es la de religión junto con la estrategia de apoyo social, las cuales son dos de las doce estrategias de las que los autores mencionan que contribuyen a adaptarse o enfrentarse a la circunstancia estresante o enfermedad (Enríquez, 2010). Por otro lado, la tercera y cuarta estrategias más utilizadas en la muestra fueron la negación y la evitación cognitiva, aunque utilizarlas en un principio puede dar sosiego más tarde podría obstaculizar el proceso de adaptación (Enríquez, 2010).

Asimismo en otra investigación ejecutada por Mera y Ortiz (2012) en 25 mujeres con cáncer de mama, en donde se utiliza el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), se halló que aquellas que utilizaron estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo

social y la reestructuración cognitiva para encarar la situación del estrés, presentaron una mejor calidad de vida, pero sucedió lo contrario en aquellas que usaban la autocrítica o retirada social. Por otra parte, cabe resaltar otro estudio en 17 mujeres con cáncer de mama en una ciudad de México, realizado por Juárez, Landero, Gonzalez y Jaime (2016) que tuvo como objetivo conocer la relación de los niveles de cortisol, el optimismo y las estrategias de afrontamiento, en el cual se afirma que a pesar de sus limitaciones (entre ellas la cantidad de la muestra) “se encontró relación entre variables psicológicas como el estrés y las estrategias de afrontamiento” (p. 110).

### **Rol del Psicólogo**

Luego de haber comprendido algunos de los aspectos del cáncer de mama en los párrafos antecedentes, como el caso de los tratamientos que son aplicados para esta enfermedad, los cambios que a nivel físico y psicológico se producen durante ésta y a su vez el apreciar la variación en los niveles de estrés en las mujeres afectadas por diferentes causas, es posible afirmar que claramente, frente a la búsqueda del bienestar para ellas, el querer brindarles un adecuado e integral tratamiento, no podrá depender únicamente de un abordaje médico, sino que será necesaria la presencia de un grupo multidisciplinar para ello. Entre los profesionales que hacen parte de este equipo, de los que valdría la pena detenerse un momento antes de concluir, se encuentran los psicólogos enfocados en el área de psicooncología.

El ámbito de la psicooncología ha centrado su objetivo en brindar acompañamiento al paciente, desde el momento del diagnóstico hasta su muerte (llegado el caso). Por consiguiente, el psicólogo realiza acompañamiento para identificar generadores del estrés que puedan influir en el proceso de adaptación a la enfermedad (Rebolledo & Alvarado, 2006). En este contexto, se ha puesto especial atención a ejercer programas que tengan

como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y también de sus familiares (Matus & Barra, 2013).

De esta manera, Barreto y Bayés (1990) plantean que el papel del psicólogo debe ser enfocado en tres puntos clave, primeramente el fomento de recursos del paciente y cuidadores, en segundo lugar, la detección de las necesidades específicas del enfermo a nivel psicológico y por su parte las del equipo terapéutico, familia o personas relevantes, finalmente proporcionar apoyo emocional a los elementos de la situación terapéutica.

También es necesario como lo menciona Juárez y Almanza (2011) que se realice un tipo de intervención psicoeducativa que proporcione información y a su vez apoyo al paciente, para que resuelva dudas frente a la enfermedad. Lo anterior debe estar ligado a los programas de promoción y prevención que favorezcan a la población.

## METODOLOGÍA

### Diseño

La presente investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, empleando un diseño no experimental de alcance correlacional y de tipo transeccional (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2010), debido a que en este estudio se buscó identificar la relación de las dos variables: el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento, como se dieron en su contexto natural, sin manipulación intencional de las mismas en un momento específico de tiempo.

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 62 mujeres durante tratamiento oncológico quienes fueron seleccionadas a partir de un muestreo de tipo no probabilístico intencional, debido a la disponibilidad proporcionada por las entidades de salud prestadoras de servicios oncológicos al interior del área metropolitana, para el contacto con las pacientes.

Para la selección de los participantes se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de edad.
- Tener diagnóstico de cáncer de mama según historia clínica.
- Estar recibiendo tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia) según historia clínica.

En cuanto a los criterios de exclusión se consideraron:

- Reporte de cáncer de mama en estadio IV según historia clínica.
- Reporte de tratamiento psiquiátrico según historia clínica.
- Reporte de comorbilidad con otro tipo de cáncer según historia clínica.
- Reporte subjetivo de dificultades en la comprensión de los instrumentos.

Considerando lo anterior se entrevistó a un total de 67 mujeres, entre las cuales fueron excluidas 5 debido a que no cumplían los criterios de inclusión y 2 que por su estado de ánimo decidieron abandonar la investigación, quedando así un total de 62 participantes. La edad promedio de la muestra fue de 57,04 años con una desviación estándar de 11,98.

A continuación, se presentan datos de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de la muestra en diferentes variables sociodemográficas (ver tabla 1).

Tabla 1

*Características sociodemográficas de las participantes*

| Características               | Frecuencia | %      |
|-------------------------------|------------|--------|
| <b>Estado civil</b>           |            |        |
| Soltera                       | 12         | 19,35% |
| Casada                        | 26         | 41,94% |
| Viuda                         | 10         | 16,13% |
| Divorciada                    | 7          | 11,29% |
| Unión libre                   | 7          | 11,29% |
| <b>Escolaridad</b>            |            |        |
| Sin estudio                   | 7          | 11,29% |
| Primaria                      | 32         | 51,61% |
| Secundaria                    | 14         | 22,58% |
| Estudiante universitario      | 1          | 1,61%  |
| Técnico                       | 4          | 6,45%  |
| Profesional                   | 3          | 4,84%  |
| Postgrado                     | 1          | 1,61%  |
| <b>Lugar de residencia</b>    |            |        |
| Área metropolitana            | 41         | 66,13% |
| Fuera del área metropolitana  | 21         | 33,87% |
| <b>Estrato</b>                |            |        |
| 1                             | 25         | 40,32% |
| 2                             | 19         | 30,65% |
| 3                             | 12         | 19,35% |
| 4                             | 4          | 6,45%  |
| 5                             | 2          | 3,23%  |
| <b>Ocupación</b>              |            |        |
| Ama de casa                   | 53         | 85,48% |
| Otro                          | 9          | 15,2%  |
| <b>Tiempo de tratamiento</b>  |            |        |
| 1 a 5 meses                   | 22         | 35,48% |
| 6 a 12 meses                  | 8          | 12,90% |
| 11 a 15 meses                 | 10         | 16,13% |
| 16 a 20 meses                 | 3          | 4,84%  |
| 21 a 25 meses                 | 10         | 16,13% |
| 26 a 30 meses                 | 0          | 0%     |
| 31 a 35 meses                 | 0          | 0%     |
| 36 a 40 meses                 | 4          | 6,45%  |
| 41 a 45 meses                 | 0          | 0%     |
| 46 a 50 meses                 | 5          | 8,06%  |
| <b>Tratamientos recibidos</b> |            |        |
| Quimioterapia                 | 34         | 54,84% |
| Radioterapia                  | 5          | 8,06%  |
| Q + C                         | 2          | 3,23%  |
| Q + R                         | 3          | 4,84%  |
| R + C                         | 3          | 4,84%  |
| R + H                         | 1          | 1,61%  |
| Q + C + R                     | 9          | 14,52% |
| Q + C + R + H                 | 4          | 6,45%  |
| Q + C + R + M                 | 1          | 1,61%  |

Nota: Q=Quimioterapia; C= Cirugía; R=Radioterapia; H= Hormonoterapia; M=Monoquimioterapia



## **Instrumentos**

Seguidamente se describen los instrumentos empleados con su respectiva calificación, operacionalización e interpretación de variables, presentándose en el orden en cual se administraron a lo largo de la sesión.

**Cuestionario sociodemográfico.** Documento que se elaboró y se administró de manera dirigida (Ver Apéndice A), con el fin de obtener datos personales de las participantes como edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, ocupación y estrato. A su vez, por medio de la historia clínica, se recolectó información acerca de la recepción de tratamiento psiquiátrico, datos asociados al diagnóstico, estadio de la enfermedad y tipo de tratamiento recibido. La cual se empleó para verificar los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

**Escala de Estrés Percibido-14 (EEP-14) (Ver Apéndice B) (Remor, 2006).** Es un instrumento de auto-reporte que evalúa el nivel de estrés percibido por la persona durante el último mes, mediante 14 ítems de tipo politómico. Fue desarrollada inicialmente en Estados Unidos por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983 (Remor, 2006) y adaptada por Eduardo Remor en una muestra española en el año 2006, obteniendo un  $\alpha$  de Cronbach de 0.81. A su vez, Campo-Arias, Bustos-Leiton y Romero-Chaparro (2009) obtuvieron una consistencia interna de 0.87 en una muestra de universitarias en Bogotá-Colombia, estos mismos autores afirman que “*la EEP-14 muestra consistencia interna en el rango deseable en diferentes contextos e idiomas como español, inglés y japonés*” (p. 276).

Diferentes autores han hablado de la estructura factorial de la escala, Campo-Arias et al. (2009) expone que la EEP-14 posee 2 factores, el primero para las frases positivas (ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14) y el segundo para las negativas (ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13), por su parte Pedrero y Olivar (2010) en sus análisis obtuvieron 3 factores, un primer factor con los

ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 relacionados al *control del estrés*, el segundo factor con los ítems 1, 2, 3, 8, 11 y 14 relacionados al *no control del estrés* y el tercer factor compuesto por la pregunta 12 (*¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?*), a pesar de ello, concluyen que debe ser considerada como unidimensional teniendo en cuenta que sólo lo que mide es estrés percibido. Respecto a la puntuación, el autor original Cohen (2014) afirma que la EEP-14 no es un instrumento diagnóstico, por tanto no posee puntos de corte, las comparaciones se hacen entre personas de la muestra a partir del total de la puntuación obtenida (escala aditiva) o como lo expresan algunos autores (Campo-Arias et al., 2009; Pedrero & Olivar, 2010), considerando como dos escalas independientes el puntaje derivado de la suma de ítems formulados en sentido positivo y el resultado de la suma de los negativos. En cuanto a la interpretación autores como Kobra, Fariborz, Alehe, Hadi y Vida (2014) proponen una división de tres niveles de estrés, según el puntaje total obtenido: (0-18) Bajo nivel de estrés percibido, (19-37) nivel medio de estrés percibido y (38-56) Alto nivel de estrés percibido.

**Operacionalización.** Las opciones de respuesta se encuentran en una escala tipo Likert, con puntuaciones distribuidas de este modo: Nunca=0, Casi nunca=1, De vez en cuando=2, A menudo=3, Muy a menudo=4, excepto en los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 donde debido a su sentido negativo, las puntuaciones se invierten de la siguiente manera: Nunca=4, Casi nunca=3, De vez en cuando=2, A menudo=1, Muy a menudo=0. La sumatoria total de las respuestas de los 14 ítems puede variar de 0 como puntuación mínima, hasta 56 como puntuación máxima. Una puntuación más alta indica que el individuo percibe un mayor nivel de estrés.

Para los análisis realizados en el presente estudio se consideraron tres puntuaciones: Puntuación *total* de la escala, puntuación de la *escala positiva* y puntuación de la *escala negativa*.

**Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) (Ver Apéndice C) (Londoño et al., 2006).** Es una escala que “tiene como fin evaluar el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación” (Albarracín, Rey & Jaimes, 2014, p. 115), por medio de 69 ítems. Esta escala fue desarrollada por primera vez por Lázarus y Folkman en 1984 (*Ways of Coping Instrument*, WCI), posteriormente, en 1993, Chorot y Sandín realizaron una versión modificada y mejorada, denominada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR) y finalmente, Londoño et al. (2006) llevaron a cabo la validación en una muestra colombiana con la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) obteniendo un  $\alpha$  de Cronbach de 0.847.

El instrumento está conformado por 69 ítems, las opciones de respuesta se presentan en escala tipo Likert en un rango de 1 a 6 distribuido así: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Frecuentemente (4), Casi siempre (5), Siempre (6). La escala está estructurada en 12 factores o estrategias, presentándose a continuación una descripción de las mismas junto con el rango de puntuación que pueden obtenerse de éstas:

1. Solución de Problemas (SP): Esta estrategia consiste en implementar una serie de acciones enfocadas hacia la solución del problema, considerando la ocasión más adecuada para examinarlo y actuar (Londoño et al., 2006). Está conformada por 9 ítems (10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68). La sumatoria total de esta escala puede variar de 9 como puntuación mínima, hasta 54 como puntuación máxima.

2. Búsqueda de Apoyo Social (BAS): Esta estrategia refiere “el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés” (Londoño et al., 2006, p. 339). Se encuentra conformada por 7 ítems (6, 14, 23, 24, 34, 47, 57). La sumatoria total de esta escala puede variar de 7 como puntuación mínima, hasta 42 como puntuación máxima.

3. Espera (ESP): En esta estrategia se estima que con el tiempo los problemas se solventan, hay una espera con expectativas positivas de solución. Se trata de una estrategia cognitivo-comportamental, donde se obra con base a la certidumbre de que con el tiempo la circunstancia se solucionará sola (Londoño et al., 2006,). Se encuentra conformada por 9 ítems (9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69) La sumatoria total de los ítems puede variar de 9 como puntuación mínima, hasta 54 como puntuación máxima.

4. Religión (REL): Según Londoño et al. (2006) hace referencia a que “estrategias como el rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo” (p. 339). Se encuentra conformada por 7 ítems (8, 16, 25, 36, 49, 59, 67) La sumatoria total de los ítems puede variar de 7 como puntuación mínima, hasta 42 como puntuación máxima.

5. Evitación Emocional (EE): Esta estrategia se enfoca en esconder o en retraer las propias emociones, por la misma carga que éstas proporcionan, a su vez por la presunción del individuo de que si las expone o manifiesta, habrá una desaprobación social, hay algunos autores (Fernández-Abascal & Palmero, 1999) que le han brindado nombres alternativos a esta estrategia como Control Emocional (Londoño et al., 2006,). Se encuentra conformada por 8 ítems (11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62) La sumatoria total de los ítems puede variar de 8 como puntuación mínima, hasta 48 como puntuación máxima. Parfraseo

6. Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP): Esta estrategia se trata de aquél “empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo” (Londoño et al., 2006, p. 340). Se encuentra conformada por 5 ítems (7, 15, 35, 48, 58) La sumatoria total de los ítems puede variar de 5 como puntuación mínima, hasta 30 como puntuación máxima.

7. Reacción Agresiva (RA): Esta estrategia se refiere “a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado” (Londoño et al., 2006, p. 340). Se encuentra conformada por 5 ítems (4, 12, 22, 33, 44). La sumatoria total de los ítems puede variar de 5 como puntuación mínima, hasta 30 como puntuación máxima.

8. Evitación Cognitiva (EC): Por medio del uso de esta estrategia se pretende evitar pensar en el problema, contrarrestando los pensamientos que el individuo considera negativos a través de la distracción, pensamientos alternativos o la ejecución de actividades (Londoño et al., 2006). Se encuentra conformada por 5 ítems (ítems 31, 32, 42, 54, 63). La sumatoria total de los ítems puede variar de 5 como puntuación mínima, hasta 30 como puntuación máxima.

9. Reevaluación Positiva (EP): Por medio de esta estrategia, Londoño et al. (2006) afirman que “se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación” (p. 340). Se encuentra conformada por 5 ítems (5, 13, 46, 56, 64). La sumatoria total de los ítems puede variar de 5 como puntuación mínima, hasta 30 como puntuación máxima.

10. Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA): Se trata de una inclinación a manifestar los obstáculos o dificultades respecto al afrontamiento de las emociones que surgen por alguna circunstancia, la expresión de estas emociones y la resolución de la problemática, Londoño et al. (2006) además afirma que ésta “surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés” (p. 341). Se encuentra conformado por 4 ítems (45, 52, 55, 61) La sumatoria total de los ítems puede variar de 4 como puntuación mínima, hasta 24 como puntuación máxima.

11. Negación (NEG): Con esta estrategia el individuo se comporta “como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera” (Londoño et al., 2006, p. 341). Se encuentra conformado por 3 ítems (1, 2, 3). La sumatoria total de los ítems puede variar de 3 como puntuación mínima, hasta 18 como puntuación máxima.

12. Autonomía (AUT): Cuando se usa esta estrategia el individuo busca la solución al problema sin contar con la ayuda de familiares, amigos o profesionales, haciéndole frente a éste de modo más individual o independiente (Londoño et al., 2006). Se encuentra conformada por 2 ítems (65, 66) La sumatoria total de los ítems puede variar de 2 como puntuación mínima, hasta 12 como puntuación máxima.

**Operacionalización.** Para los análisis realizados en el presente estudio se consideraron las puntuaciones derivadas de las doce escalas de afrontamiento anteriormente descritas, tomando así cada factor como una variable aislada que mide una determinada estrategia de afrontamiento tal y como lo plantea Londoño et al. (2006).

## **Consideraciones Éticas**

Esta investigación se realizó teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, la cual exige que en toda investigación donde un ser humano participe, deberá prevalecer el respeto por su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (Artículo 5). Según la clasificación dada en el Artículo 11, de dicha Resolución, esta investigación fue sin riesgo, puesto que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. A su vez se utilizó con cada uno de los sujetos, el consentimiento informado (Artículo 14) que contenía información clara acerca del objetivo de esta investigación, los instrumentos a utilizar, la garantía de responder ante cualquier inquietud que el individuo tuviese, la confidencialidad de la información, la voluntariedad de la participación o el retiro durante el desarrollo del proceso sin que frente a ello se presentara algún perjuicio, la claridad de que no existía algún riesgo y la disponibilidad de entregar al participante, información actualizada frente al proceso investigativo si él lo requería (Artículo 15).

## **Procedimiento**

Inicialmente, se identificaron aquellas entidades prestadoras de servicios oncológicos al interior del área metropolitana, a las que se les presentó una carta exponiendo la propuesta de investigación, la cual fue aprobada por especialistas de la salud vinculados a algunas de estas instituciones, quienes facilitaron el contacto con aquellas pacientes que según el reporte de historia clínica cumplieren los criterios de inclusión planteados en la investigación. Estas pacientes accedieron a participar de forma voluntaria después de referirles el objetivo de la investigación y una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a administrar el cuestionario sociodemográfico, la Escala de Estrés Percibido (EEP-14) y la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M), cuya aplicación se

efectuó en una única sesión en un tiempo aproximado de 30 minutos, mientras las pacientes se encontraban a espera de ser atendidas por el especialista en las respectivas entidades de salud.

Una vez culminada la recolección de la información de la muestra, se sistematizaron todos los datos obtenidos con la ayuda de Microsoft Excel®, por medio de una base de datos que contenía de cada paciente sus datos sociodemográficos y los puntajes alcanzados en las dos pruebas. Luego de seleccionar la información que se iba a procesar, se ejecutaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales que permitieron la consecución de los objetivos planteados, como el Análisis de la Varianza de una Vía (ANOVA), la prueba t (pos hoc – *Holm Sidak*), la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, el coeficiente de correlación de Spearman y asimismo la ejecución de un modelo de análisis de Regresión Lineal Múltiple mediante el software SigmaStat 3.5®.

Finalmente, luego de realizar el análisis de datos, efectuar la respectiva descripción de la información obtenida, discutiendo lo hallado frente a la literatura examinada en un principio y extrayendo las correspondientes conclusiones, se generó el informe final de tesis.



## ANÁLISIS DE DATOS

Una vez realizada la ejecución del protocolo de investigación como se describe en el procedimiento, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel. En un primer momento, considerando como estructura la respuesta de cada una de las participantes ante los ítems de cada instrumento aplicado, se obtuvieron puntajes correspondientes de cada dimensión de las escalas de afrontamiento y estrés, y de este modo pudo realizarse el cálculo de frecuencias correspondiente a características socio-demográficas de la muestra.

Posteriormente, se llevaron a cabo análisis descriptivos, orientados a caracterizar el nivel de estrés de la muestra evaluada y el nivel de uso de las diferentes estrategias de afrontamiento en contraste con datos normativos colombianos de una muestra general ofrecidos por Londoño et al. (2006).

Finalmente, mediante el programa SigmaStat 3.5, se llevó cabo un análisis de normalidad de los puntajes correspondientes a las dimensiones de la escala de Afrontamiento y la escala de Estrés Percibido, a partir del cual se consideró la realización de un análisis de correlación de Spearman entre las variables mencionadas y finalmente la ejecución de un modelo de análisis de Regresión Lineal Múltiple, orientado a explicar la variabilidad del estrés percibido a partir de puntuaciones de algunas dimensiones de la escala de Afrontamiento. Merece precisarse que los análisis estadísticos mencionados se orientan a resolver los objetivos específicos planteados.

## RESULTADOS

### Niveles de Estrés Percibido y Puntuaciones Alcanzadas en Escalas de Afrontamiento de la Muestra Evaluada

Con el objeto de responder al primer objetivo específico: *Describir el nivel de estrés presente en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico*. Se realizó un análisis de frecuencias con la puntuación total alcanzada por las participantes en la Escala de Estrés Percibido, contrastando este dato con los rangos de valores ofrecidos por Kobra et al. (2014), los cuales establecieron los siguientes niveles de estrés: *Bajo* (0 – 18 puntos), *Medio* (19 – 37 puntos) y *Alto* (38 – 56 puntos). A continuación, en la tabla 2 se presentan las cifras de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) derivadas del análisis.

Tabla 2

*Frecuencias absolutas y relativas de la muestra evaluada considerando los niveles en la Escala de Estrés Percibido establecidos por Kobra et al. (2014)*

|                            | <i>Nivel Bajo</i><br>(0 – 18 puntos) | <i>Nivel Medio</i><br>(19 – 37 puntos) | <i>Nivel Alto</i><br>(38 – 56 puntos) | <i>Total.</i> |
|----------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------|
| Frecuencias Absolutas (n). | 25                                   | 32                                     | 5                                     | 62            |
| Frecuencias Relativas (%). | 40,3%                                | <b>51,6%</b>                           | 8,1%                                  | 100%          |

Como puede apreciarse con el anterior reporte poco más de la mitad de las participantes (51,6%) mostraron un nivel medio de estrés, mientras que otro porcentaje importante (40,3%) ubica a la muestra evaluada en un nivel bajo de estrés. Esto revela que casi la totalidad de la muestra se encontraba en un nivel de estrés *medio – bajo* al momento de ser evaluada, de acuerdo a los rangos referenciados por los autores previamente citados.

Por otro lado, con el objeto de resolver el segundo objetivo específico: *Describir las estrategias de afrontamiento presentes en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico*. Se llevaron a cabo dos análisis que contrastaron las puntuaciones de la muestra en cada una de las doce dimensiones de la Escala de Afrontamiento, con los valores (*media y desviación estándar*) normativos de esta escala establecidos por Londoño et al. (2006) en su adaptación al contexto colombiano.

El primero de estos análisis consistió en transformar los puntajes de los participantes en cada una de las dimensiones de las escalas de afrontamiento en *Puntuaciones Z*, a partir de la media y desviaciones estándar normativas reportadas por Londoño et al. (2006). Considerando que estas puntuaciones, expresan qué tan alejado se encuentra cada participante de la media normativa en unidades de desviación estándar, posteriormente se realizó un análisis de frecuencias relativas el cual permitió considerar la cantidad de sujetos en rangos de desviaciones estándar, es decir, cifras que representan el porcentaje de participantes en la franja normativa (entre +1 y -1 desviación estándar), como también la proporción de sujetos ubicados una o más desviaciones estándar por encima o por debajo de la media normativa.

A continuación, en la tabla 3, en *la parte superior* se presentan datos de la media y desviación estándar tanto normativa como de la muestra evaluada. *En la sección media*, se muestran las cifras de frecuencias relativas (porcentajes) en rangos de desviaciones estándar derivados del cálculo de las puntuaciones Z, de las Estrategias de Afrontamiento. Como se evidencia en la tabla, las más utilizadas son Religión, Evitación Cognitiva y Reevaluación Positiva, mientras que aquellas menos empleadas fueron Expresión de la Dificultad de Afrontamiento y Autonomía. Finalmente, *en la sección inferior* se presentan resultados del segundo análisis, el cual consistió en las comparaciones de los valores de las

medias y desviaciones estándar de las dimensiones de afrontamiento correspondientes a los datos normativos (Londoño et al., 2006) y los de la muestra evaluada, mediante un Análisis de Varianza de una Vía (ANOVA), seguido por una *prueba t* (pos hoc – *Holm Sidak*), considerando un valor de probabilidad de error menor al 5% ( $p < 0,05$ ).

Considerando los altos valores *t* derivados de la prueba comparativa *pos hoc* del análisis ANOVA, se encontraron las mayores diferencias entre la muestra evaluada y los datos normativos en las siguientes Estrategias de Afrontamiento: Religión ( $t=15,37$ ), Evitación Cognitiva ( $t=7,50$ ) y Reevaluación Positiva ( $t=8,86$ ), siendo estas significativamente mayores para las mujeres evaluadas en el presente estudio; mientras que en la Expresión de la Dificultad de Afrontamiento ( $t=8,62$ ) y en la Autonomía ( $t=5,26$ ) destacaron menores puntuaciones respecto a la muestra de datos normativos. Aunque lo anterior, podría conducir a la consideración de un perfil de estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, debe reconocerse que otras de las probables diferencias en otras estrategias reportadas en la tabla 3, podría poseer un sesgo debido al tamaño de la muestra del grupo correspondiente a los datos normativos de Londoño et al. (2006), ( $n=893$ ).

Es importante precisar que en el caso de las anteriores comparaciones se usó estadística paramétrica como el Análisis de Varianza de una Vía (ANOVA), debido a que se contó con los datos de los promedios y las desviaciones típicas de las estrategias de afrontamiento dadas por Londoño et al. (2006), datos de tendencia central y de dispersión, que hacen parte de la clasificación de estadística paramétrica, pese a que la distribución de la muestra del presente trabajo no era normal (como se verá más adelante).

Tabla 3

*Análisis estadísticos en la EEC-M considerando las medias y desviaciones estándar de los datos normativos y de la muestra evaluada*

| <b>Medias y Desviaciones Estándar correspondientes a Estrategias de Afrontamiento.</b>                                       |                           |                              |               |                 |                            |                                   |                          |                            |                          |                                |                 |                  |
|--|---------------------------|------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
|  | <b>Solución Problemas</b> | <b>Búsqueda Apoyo Social</b> | <b>Espera</b> | <b>Religión</b> | <b>Evitación Emocional</b> | <b>Búsqueda Apoyo Profesional</b> | <b>Reacción Agresiva</b> | <b>Evitación Cognitiva</b> | <b>Reeval. Positiva.</b> | <b>Exp. Dificultad Afront.</b> | <b>Negación</b> | <b>Autonomía</b> |
| <b>Datos Normativos.</b><br>(M±D.E.)<br>(n=893)  | 33,5±8,4                  | 23,2±8,2                     | 22,5±7,5      | <b>20,7±9,0</b> | 25±7,6                     | 11±5,6                            | 12,7±5,1                 | <b>15,9±4,9</b>            | <b>18,4±5,4</b>          | <b>14,8±4,8</b>                | 8,8±3,3         | <b>6,8±2,8</b>   |
| <b>Datos Muestra.</b><br>(M±D.E.)<br>(n=62)  | 40± 8,8                   | 28,8±10,2                    | 29±10,5       | <b>38,5±5,3</b> | 23,5±11,1                  | 15,2±8,4                          | 11,3±6,5                 | <b>20,8±6</b>              | <b>24,7±5,7</b>          | <b>9,4±3,7</b>                 | 10,9±4          | <b>4,8±3,3</b>   |
| <b>Porcentaje de Distribución de la Muestra de acuerdo a Puntuaciones Z.</b>   |                           |                              |               |                 |                            |                                   |                          |                            |                          |                                |                 |                  |
| <b>Más de 1 D.E.</b><br>sobre la <b>Media Normativa.</b><br>(> +1 D.E)   | 45,2 %                    | 48,4 %                       | 34,9 %        | <b>95,2 %</b>   | 25,8 %                     | 43,5 %                            | 16,1 %                   | <b>54,8 %</b>              | <b>69,4 %</b>            | 1,6 %                          | 38,7 %          | 16,1 %           |
| <b>Franja Normativa.</b><br>Entre<br>-1 D.E. y +1 D.E.   | 50 %                      | 38,7 %                       | 63,5 %        | 4,8 %           | 33,9 %                     | 37,1 %                            | 46,8 %                   | 38,7 %                     | 24,2 %                   | 33,9 %                         | 48,4 %          | 22,6 %           |
| <b>Más de 1 D.E.</b><br>bajo la <b>Media Normativa.</b><br>(< -1 D.E)  | 4,8 %                     | 12,9 %                       | 1,6 %         | 0 %             | 40,3 %                     | 16,1 %                            | 37,1 %                   | 6,5 %                      | 6,5 %                    | <b>64,5 %</b>                  | 12,9 %          | <b>61,3 %</b>    |
| <b>Resultados Comparación ANOVA entre Puntuaciones Normativas y la Muestra Evaluada en cada Estrategia de Afrontamiento.</b> |                           |                              |               |                 |                            |                                   |                          |                            |                          |                                |                 |                  |
| Razón F.   | F = 35,2                  | F = 25,8                     | F = 41,4      | F = 263,3       | F = 2,195                  | F = 29,8                          | F = 4,1                  | F = 56,3                   | F = 78,6                 | F = 74,3                       | F = 23,5        | F = 27,7         |
| Test <b>Pos Hoc</b><br>(Holm – Sidak)  | t =5,93                   | t =5,08                      | t =6,43       | t = 15,37       | -                          | t =5,46                           | t =2,04                  | t =7,50                    | t =8,86                  | t =8,62                        | t =4,84         | t =5,26          |
| Valor <b>p</b>   | p <0,001                  | p <0,001                     | p <0,001      | p < 0,001       | p =0,139                   | p <0,001                          | p =0,042                 | p <0,001                   | p <0,001                 | p <0,001                       | p <0,001        | p <0,001         |

*Nota:* EEC-M=Escala de Estrategias de Coping – Modificada; M= Media; D.E.= Desviación estándar; n= Tamaño de la muestra

Siguiendo en orden, con el fin de responder al último objetivo específico: *Identificar la relación que existe entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en la muestra* se efectuaron dos análisis. Con la ejecución del primero de ellos se facilitarían la determinación de cuál estadístico sería el más apropiado para poder realizar el segundo análisis, el de correlación (Coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman). De este modo, se ejecutó en primer lugar la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con el propósito de conocer si la muestra tenía una distribución normal, encontrándose que sólo en tres variables (una correspondiente a la Escala de Estrategias de Afrontamiento y dos a puntuaciones de la Escala de Estrés Percibido) obtuvieron una probabilidad superior al nivel de significancia  $p=0,05$  (ver tabla 4). Estos resultados permitieron concluir que las puntuaciones en la mayoría de las variables, no se ajustan a una distribución normal, razón por la cual se optó por utilizar para el segundo análisis, el coeficiente de correlación de Spearman ( $p \leq 0,05$ ), entre los factores de la Escala de Estrategias de Coping y las puntuaciones derivadas de la Escala de Estrés Percibido (Total, Positiva y Negativa), obteniendo los resultados que se pueden apreciar en la tabla 5.

Tabla 4

*Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov*

|   | <b>Estadístico Kolmogorov-Smirnov</b> | <b>Sig.</b> |
|---|---------------------------------------|-------------|
| Solución de problemas                       | K-S Dist. = 0,066                     | P > 0,200   |
| Apoyo social                                | K-S Dist. = 0,118                     | P = 0,038   |
| Espera                                      | K-S Dist. = 0,148                     | P = 0,002   |
| Religión                                    | K-S Dist. = 0,251                     | P < 0,001   |
| Evitación emocional                         | K-S Dist. = 0,121                     | P = 0,030   |
| Búsqueda de apoyo profesional               | K-S Dist. = 0,141                     | P = 0,005   |
| Reacción agresiva                           | K-S Dist. = 0,169                     | P < 0,001   |
| Evitación cognitiva                         | K-S Dist. = 0,114                     | P = 0,049   |
| Reevaluación positiva                       | K-S Dist. = 0,171                     | P < 0,001   |
| Expresión de la dificultad de afrontamiento | K-S Dist. = 0,123                     | P = 0,025   |
| Negación                                    | K-S Dist. = 0,129                     | P = 0,015   |
| Autonomía                                   | K-S Dist. = 0,222                     | P < 0,001   |
| Sumatoria (Total Estrés Percibido)          | K-S Dist. = 0,107                     | P = 0,084   |
| Escala positiva estrés                      | K-S Dist. = 0,092                     | P > 0,200   |
| Escala negativa estrés                      | K-S Dist. = 0,122                     | P = 0,026   |

Tabla 5

*Correlación entre las estrategias de afrontamiento de la Escala de Estrategias de Coping y las puntuaciones derivadas de la Escala de Estrés Percibido (Total, Positiva y Negativa)*

|                                     | ESCALAS DE ESTRÉS PERCIBIDO |                         |                         |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                     | TOTAL ESTRÉS PERCIBIDO.     | ESCALA POSITIVA ESTRÉS. | ESCALA NEGATIVA ESTRÉS. |
| <b>(SOLUCIÓN PROBLEMAS)</b>         |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | -0,145                      | -0,163                  | -0,15                   |
| Valor $p$                           | 0,26                        | 0,204                   | 0,242                   |
| <b>(BÚSQUEDA APOYO SOCIAL)</b>      |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | -0,0835                     | -0,0855                 | -0,0488                 |
| Valor $p$                           | 0,518                       | 0,508                   | 0,705                   |
| <b>(ESPERA)</b>                     |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | -0,0658                     | -0,106                  | -0,0444                 |
| Valor $p$                           | 0,61                        | 0,413                   | 0,731                   |
| <b>(RELIGION)</b>                   |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | -0,0576                     | -0,104                  | -0,0181                 |
| Valor $p$                           | 0,656                       | 0,422                   | 0,889                   |
| <b>(EVITACIÓN)</b>                  |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | 0,18                        | 0,262                   | 0,0925                  |
| Valor $p$                           | 0,161                       | 0,0398                  | 0,474                   |
| <b>(BUSQUEDA APOYO PROFESIONAL)</b> |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | 0,0729                      | -0,0721                 | 0,104                   |
| Valor $p$                           | 0,572                       | 0,576                   | 0,418                   |
| <b>(REACCIÓN AGRESIVA)</b>          |                             |                         |                         |
| Valor $r$ (Rho)                     | 0,299                       | <b>0,422</b>            | 0,161                   |
| Valor $p$                           | 0,0185                      | <b>&lt;0,001</b>        | 0,209                   |



|   | ESTRÉS                  |                         |                         |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|   | TOTAL ESTRÉS PERCIBIDO. | ESCALA POSITIVA ESTRÉS. | ESCALA NEGATIVA ESTRÉS. |
| <b>(REVALUACIÓN POSITIVA)</b>               |                         |                         |                         |
| Valor <i>r</i> (Rho)                        | -0,382                  | -0,39                   | -0,329                  |
| Valor <i>p</i>                              | 0,0023                  | 0,00184                 | 0,00921                 |
| <b>(EXPRESIÓN DIFICULTAD AFRONTAMIENTO)</b> |                         |                         |                         |
| Valor <i>r</i> (Rho)                        | 0,381                   | 0,479                   | 0,282                   |
| Valor <i>p</i>                              | 0,00233                 | <0,001                  | 0,0265                  |
| <b>(NEGACIÓN)</b>                           |                         |                         |                         |
| Valor <i>r</i> (Rho)                        | -0,214                  | -0,243                  | -0,156                  |
| Valor <i>p</i>                              | 0,0954                  | 0,0571                  | 0,227                   |
| <b>(AUTONOMÍA)</b>                          |                         |                         |                         |
| Valor <i>r</i> (Rho)                        | 0,0639                  | 0,0339                  | 0,0749                  |
| Valor <i>p</i>                              | 0,621                   | 0,793                   | 0,562                   |

De este modo, como se puede apreciar en la tabla 5 donde se muestran los resultados de la correlación de Spearman ejecutada entre las variables Estrés y Estrategias de Afrontamiento, se halló una correlación positiva significativa, entre la Estrategia de Afrontamiento, *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento* y la Sumatoria total de la Escala de Estrés Percibido ( $r=0,381$ ,  $p=0,00233$ ), asimismo entre las estrategias de *Reacción agresiva* ( $r=0,422$ ,  $p<0,001$ ) y *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento* ( $r=0,479$ ,  $p<0,001$ ) con la Escala Positiva de la Escala de Estrés Percibido. Por otra parte, se obtuvo una correlación negativa significativa, entre la estrategia *Reevaluación positiva* y las puntuaciones de la Escala de Estrés Percibido (Sumatoria total ( $r=-0,382$ ,  $p=0,0023$ ), escala positiva ( $r=-0,39$ ,  $p=0,00184$ ) y negativa ( $r=-$

0,329,  $p=0,00921$ ). Lo anterior permite apreciar que no todas las estrategias de afrontamiento tienen una asociación con la variable estrés y a su vez, aquellas estrategias con las que sí se encontró una correlación, no poseen igual sentido o dirección respecto a esta relación, es decir, se evidencian tanto relaciones positivas como negativas.

Finalmente, considerando los resultados derivados del análisis de correlación de *Spearman*, específicamente los valores del coeficiente  $r$ , revelados entre las estrategias de afrontamiento: *Reacción Agresiva*, *Re-evaluación Positiva* y *Expresión Dificultad de Afrontamiento*; y la *Escala Positiva de Estrés*, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Para esto se tomó la mencionada puntuación de la escala de Estrés Percibido como variable dependiente y las tres puntuaciones de estrategias de afrontamiento mencionadas como variables independientes o “explicatorias”. A continuación en la tabla 6, se muestran los valores de este modelo de regresión, ofreciéndose un valor  $R^2$  ajustado de 0,31, mientras que los valores de probabilidad de error para dos de las tres variables independientes estuvieron por debajo del nivel de significancia ( $p < 0,05$ ).

Tabla 6

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la Predicción del Estrés Percibido a partir de Tres Estrategias de Afrontamiento*

| <b>Variab<br/>Independientes.</b>             | Valores $p$ . | Valor $R^2$ de la Regresión. | Valor $R^2$ Ajustado de la Regresión. | Valor $p$ de la Regresión. |
|---|---------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| <i>Reacción Agresiva.</i>                     | 0,01          | 0,352                        | 0,318                                 | <0,001                     |
| <i>Reevaluación Positiva.</i>                 | 0,187         |                              |                                       |                            |
| <i>Expresión Dificultad de Afrontamiento.</i> | 0,006         |                              |                                       |                            |

De acuerdo con los resultados de este modelo, a partir de las estrategias de afrontamiento:

*Reacción Agresiva*, la *Reevaluación Positiva* y la *Expresión Dificultad de Afrontamiento*, podría predecirse el 31,8% de la variabilidad de estrés percibido, en la muestra evaluada.

Demostrándose que unos conjuntos definidos de estrategias de afrontamiento podrían convertirse en buenos predictores de la experiencia de estrés de mujeres con cáncer de mama.

## DISCUSIÓN

### **Del estrés en mujeres con cáncer de mama**

La bibliografía actualizada sobre cáncer de mama expone que es una enfermedad crónica estresante, lo que llevaría a pensar que las mujeres con este diagnóstico deberían de alcanzar elevados niveles de estrés percibido, sin embargo en los datos obtenidos de la muestra frente a la Escala de Estrés Percibido (EEP-14), se evidenció un nivel medio - bajo de estrés, que no debe dejar de ser considerado, puesto que el estrés afecta significativamente de modo negativo diferentes áreas de la vida de la mujer. A continuación, teniendo en cuenta el nivel de estrés alcanzado por las mujeres de la muestra, se expondrán algunas posibles explicaciones de este resultado.

El primer objetivo de este estudio se orientó a caracterizar la muestra en función del estrés, pero dado que el autor del instrumento (Cohen, 2014) precisa que la Escala de Estrés Percibido no es un test diagnóstico, se tomó en cuenta el estudio realizado por Díaz-Corchuelo, Córdón-Pozo y Rubio-Herrera (2015), en una población colombiana, en donde se consideró los tres niveles o rangos de estrés (Bajo (0-18) – Medio (19-37) – Alto (38-56)) que señalaban los autores Kobra et al. (2014) para clasificar los niveles de estrés percibido, con el fin de poder brindar un perfil de estrés del total de las participantes de esta investigación, que no fuese arbitrario. No obstante, se desconoce el criterio que emplearon Kobra et al. (2014) para realizar dicha clasificación, puesto que no lo formularon al interior del documento de referencia, empero esta circunstancia no afecta los resultados de los análisis correlacionales pertenecientes al objetivo principal de esta investigación.

Ahora bien, la mayoría de mujeres de la muestra se encontró en niveles medios (51,6%) y bajos (40,3%) de estrés percibido según la clasificación dada por Kobra et al. (2014). El

promedio del estrés percibido por las pacientes fue de 22,14, el cual también se clasifica como un nivel medio y es equitativo al nivel alcanzado por las mujeres de la muestra con la que se realizó el estudio de las propiedades psicométricas de la versión española de la EEP-14 ( $X=26,6$ ), que incluía a pacientes con VIH+ (Remor, 2006). A su vez en otra investigación (Hernández & Landero, 2014) en mujeres con cáncer de mama, se encontró un estrés percibido de nivel medio ( $X = 24,5$ ), hallándose correlación negativa entre estrés percibido y apoyo social. De igual modo, niveles de estrés similares se encontraron en la investigación realizada por Juárez y Landeros (2009), en 72 mujeres con cáncer de mama, quienes obtuvieron un promedio de estrés percibido de 20,4. Estos autores explican que este nivel de estrés pudo deberse a las altas puntuaciones en dos variables que fueron medidas en el estudio: apoyo social y optimismo, las cuales correlacionaron negativamente con el estrés. Frente a estos datos, en el presente trabajo no se encontró correlación entre la estrategia de apoyo social y estrés, no obstante, es importante mencionar que el 48,4% de las mujeres aquí evaluadas, tienen altas frecuencias de uso de dicha estrategia respecto a datos normativos colombianos tal y como se mostró en los análisis de caracterización de las estrategias de afrontamiento de la muestra (ver tabla 3 del apartado de Resultados)

A su vez hay que mencionar además, que las mujeres de la presente investigación no tenían un diagnóstico adicional oncológico al cáncer de mama, lo que pudo convertirse en un elemento que intervino sobre los resultados obtenidos por éstas, considerando que la comorbilidad es un factor predictor de estrés (Ticona et al., 2015). Asimismo sería importante considerar, el efecto favorable que tiene el paso del tiempo respecto al diagnóstico de la enfermedad y los tratamientos, sobre el nivel de estrés percibido como lo expresan Reich y Remor (2011), teniendo en cuenta que más del 60% de la muestra de pacientes con cáncer de mama aquí

evaluadas, tenía un tiempo de tratamiento igual o superior a los 6 meses, lo cual pudo influir en los niveles de estrés alcanzados por éstas. Esta información es similar a lo que Ticona et al. (2015) encontró estudios (Hyphantisa, Paikaa, Almyroudia, Kampletsasb & Pavlidisb, 2011; Landsbergen, et al., 2012) donde se aprecia que el estrés puede ser significativamente alto durante el momento del diagnóstico para los pacientes, pero luego de seis y doce meses, estos niveles se pueden reducir; vale la pena precisar que este estudio fue realizado en pacientes diagnosticados con cáncer de tipo colorectal.

Por otro lado hay que destacar que el 62,90% de las participantes de la muestra evaluada sólo recibía un tratamiento, fuese quimioterapia (54,84%) o radioterapia (8,06%), mientras que el 37,10% dos o más tratamientos, Montes, Mullins y Urrutia (2006), en una investigación en mujeres con cáncer de cuello uterino manifiestan que aquellas mujeres que reciben mayor número de tratamientos presentan una menor calidad de vida puesto que esta situación hace que estén expuestas a una cantidad superior de efectos secundarios, provocando una afectación en el bienestar de éstas. Teniendo en cuenta lo anterior, al haber mayor presencia de mujeres expuestas a un solo tratamiento al interior de la presente investigación, posiblemente pudo haber influido sobre el nivel de estrés medio-bajo obtenido.

Otro de los aspectos que probablemente pudo estar asociado a los niveles de estrés alcanzados, fue el estado civil predominante de las participantes. El 41,94% de las mujeres de la muestra se encontraban casadas (41,94%), esto quizá pudo haber influido también puesto que la literatura acerca de esta temática expresa que el matrimonio es una circunstancia que contribuye a neutralizar la tensión provocada por el estrés como lo precisan Herrera y Rodríguez (2009), quienes asimismo exponen lo dicho por Reynolds y Kaplan (1990) acerca que las personas casadas se adaptan a la enfermedad mejor que quienes se encuentran solteras o sin pareja debido

a que este tipo de relación “brinda estabilidad emocional, física y psicológica concediendo avances significativos e importantes en la salud, lo que favorece un afrontamiento de tipo más activo” (p. 101).

A su vez, aunque el nivel de estrés encontrado no fue tan alto como el esperado, el nivel alcanzado por las mujeres es superior al alcanzado por hombres en otras investigaciones, frente a esto en la bibliografía se encuentra que la percepción del estrés puede ser diferente entre mujeres y hombres puesto que un estresor puede ocasionar un efecto fuerte sobre ellas mientras que para los hombres no, ejemplo de esto se puede evidenciar en un estudio realizado (Benedict, Dahn, Antoni, Bruce, Bustillo, Zhou & Penedo, 2014) en hombres con cáncer de próstata quienes obtuvieron un promedio de estrés percibido de 17,83 el cual es un nivel bajo de estrés (Kobra et al., 2014). En un estudio (Landsbergen, Prins, Brunner, van Duijvendijk, Nagengast & van Krieken, 2012) señalado por Ticona et al. (2015), se compara el estrés percibido en hombres y mujeres con cáncer colorectal, donde se evidencia un nivel de estrés más alto por parte de las mujeres, sin embargo, sobre estos, precisan que aunque se pueden notar las diferencias, no es conveniente realizar este tipo de comparaciones cuando se trata de un diagnóstico que es propio de cada sexo, por ejemplo el cáncer de próstata en hombres.

Teniendo en cuenta lo anterior, fue posible apreciar que en este caso, los niveles de estrés pueden estar influenciados por múltiples aspectos, como por ejemplo el estado civil, el número de tratamientos recibidos, la comorbilidad, entre otros, pero además de ello, no se debe pasar por alto que otro factor que pudo también tener un papel importante en este sentido, fue el grupo de las estrategias de afrontamiento propias de la muestra evaluada en el presente estudio.

## **De las estrategias de afrontamiento**

Siguiendo con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento presentes en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico, se encontró que la Religión, la Evitación Cognitiva y la Reevaluación Positiva, son estrategias que predominan sobre el uso de las demás, mientras que la Expresión de la Dificultad de Afrontamiento y la Autonomía se evidencian como estrategias de menor uso, encontrando un perfil característico de la muestra abordada, el cual será discutido en relación a los antecedentes teóricos reportados en la literatura en la población oncológica.

A partir del análisis de los resultados obtenidos, se observó que las participantes tienen un afrontamiento dirigido al empleo de la religión en un 95,2% por encima de la media normativa expresa por Londoño et al. (2006) en estudiantes universitarios, lo que llevaría a pensar que el tipo de respuesta podría estar mediado por la diferente situación en la que se encuentran los sujetos. Es decir, en la presente investigación al tratarse de personas con un padecimiento crónico de salud, relacionado a una concepción de muerte y con gran estigma social (Gómez & Lagoueyte, 2012), los sujetos podrían recurrir con mayor frecuencia a la religión como medio para tolerar las circunstancias y generar recursos de solución ante el problema (Londoño et al., 2006), ya que el empleo de la misma en pacientes oncológicos se muestra como una forma de conseguir paz y tranquilidad (Baiocchi-Morales, Lugo, Palomino & Tam, 2013).

Del mismo modo, Baiocchi-Morales et al. (2012) refieren una investigación (Delgado & Melgareo, 2005) con 70 mujeres con cáncer de mama en donde se pudo constatar que el 81,45% de la muestra tuvo un afrontamiento dirigido al empleo de la religión. Este asunto según Ojeda-Soto y Martínez-Julca (2012), se debe a que tradicionalmente la religión ha ofrecido al ser humano un marco de devoción estructurante, el cual brinda alivio y consuelo sumado a la



consideración del antiguo vínculo entre espiritualidad y salud. Asimismo, según Enríquez (2010), recurrir a la religión es un evento que en pacientes oncológicos se relaciona con los beneficios psicológicos que produce el empleo de ésta, orientados a reducir la ansiedad que ocasiona el diagnóstico, el tratamiento y los efectos colaterales, ya que pudo evidenciar durante el abordaje de mujeres con cáncer de mama afirmaciones tales como “hago oración y eso me hace sentir tranquila y más aliviada” “busco en la oración a Dios porque es muy importante y me ayuda a sentir en paz” (p. 12)

De igual manera, Enríquez (2010), resalta que el acogimiento espiritual permite contemplar pensamientos esperanzadores, optimistas y positivos que favorecen al proceso de recuperación, por expresiones como “con la oración se puede vivir y manejar la enfermedad” “Dios me va a ayudar a salir adelante”, “Él es el único que puede”, “Él es que conoce las enfermedades y cómo sanarlas y orienta a la medicina” (p. 12). Además, según esta misma autora, el uso de esta estrategia favorece la adherencia al tratamiento dado que influye al mantenerse activo en la lucha hacia la enfermedad, ya que muchas participantes mencionaron la oración como medio para obtener fortaleza para hacerle frente a la enfermedad y todo lo que esta conlleva. De otra manera, Gall y Cornalb (2002) citados por García-Viniegras y González (2007), menciona la experiencia religiosa y el empleo de recursos espirituales como un factor que puede contribuir a que las pacientes interpreten la situación como una prueba de Dios que permite reafirmar el sentido de la existencia y el desarrollo personal.

No obstante, García-Viniegras y Gonzales (2007), citan a Kellison (2002), quien refiere que una enfermedad tiene connotaciones distintas dependiendo de la cultura, así por ejemplo en un estudio en mujeres con cáncer de mama, la enfermedad tiene una interpretación más religiosa

y espiritual en regiones Centroamericanas y mexicanas, diferente a la muestra estudiada en Norteamérica.

Por otra parte, en cuanto a la Evitación Cognitiva, al ser una estrategia encaminada a eliminar los pensamientos negativos o perturbadores (Londoño et al., 2006), se ha considerado como un hecho esperable en pacientes oncológicos, ya que el no pensar en la situación favorece de manera significativa al bienestar personal (Enríquez, 2010). Asimismo Moos (1998), referido por Llull, Zanier y García (2003), reportan que un afrontamiento evitativo se relaciona a eludir el enfrentamiento del problema o a la reducción de la tensión a través de conductas de escape. Al parecer, lo anterior se relaciona con lo expuesto por Lostaunau y Torrejon (2013) menciona que las mujeres con cáncer de mama debido a los imaginarios frente a la enfermedad, procuran bloquear los pensamientos por medio de actividades que les resulten de interés, esto se ve evidenciado en su investigación, luego de que las pacientes mencionaran que hablar de su condición en compañía de familiares o amigos, no era de su agrado puesto que el proceso de la enfermedad, les demandaba sensaciones de angustia y el encontrarse con sus cercanos, les proporcionaba un momento de distracción. No obstante, la literatura menciona que el uso de este tipo de afrontamiento se asocia frecuentemente en mujeres en fase de diagnóstico de la enfermedad o en estado avanzado, no se evidencia bibliografía relacionada al empleo de esta estrategia durante el tratamiento oncológico.

En el caso de La reevaluación positiva, se estima que favorece a los pacientes oncológicos una forma de atribuir un significado provechoso sobre el acontecimiento, viendo el lado positivo de la situación para afrontar la enfermedad y sus tratamientos, lo cual según Llull et al. (2003) se ha relacionado a una mejor adaptación. La Reevaluación positiva también ha sido documentada como una de las estrategias con mayor frecuencia en mujeres con cáncer de mama (Reich &

Remor, 2010; Molina & Milidoni, 2009; Enriquez, 2010; Lull et al., 2003) según estos estudios el desarrollo de una visión positiva del problema es el mejor método para enfrentar los momentos críticos de la enfermedad. En este sentido, la persona enferma puede evaluar o aceptar la situación como una posibilidad de crecimiento personal y de ajuste en sus diferentes roles, (Palacios-Espinoza, Lizarazo, Moreno & Ospino, 2015). De otra forma, Rodríguez (2006), explica este fenómeno de encontrar experiencias positivas en medio de la enfermedad, afirmando que los individuos ante situaciones muy estresantes pueden llegar a seleccionar ciertos eventos enfocándose más en los aspectos negativos o bien pueden crearse una representación mental favorable, en ocasiones el enfermo intenta compensar la situación asumiendo los aspectos positivos o ventajas que sigan de situación estresante, como ver el acontecimientos como una posibilidad de una experiencia de aprendizaje que sirva para enfrentar posibles problemas futuros, reordenación de prioridades etc. En paralelo con esta idea Kennedy, Tellegen, Kennedy y Havernick (1976), mencionan que esta actitud se hace evidente también en personas con cáncer avanzado, en donde se manifiesta una actitud positiva hacia la vida, apreciación del tiempo, de los acontecimientos y de las relaciones interpersonales.

Asimismo, la Reevaluación Positiva se ha caracterizado como un modo de afrontamiento esperanzador y el alto empleo de la misma por las participantes de la investigación, podría a su vez estar asociado a la poca frecuencia en la que se manifestó la Expresión de la Dificultad de afrontamiento, esto podría sustentarse en la relación significativa que se encontró entre ambas estrategias, como se evidencia en el análisis correlacional realizado entre las subescalas de la EEC-M (Ver apéndice D). De este modo, la Expresión de la Dificultad de Afrontamiento implica desde su definición una expresión de desesperanza frente al acontecimiento vivido y percepción del problema, contrario en cómo se vería manifestado con el uso de la Reevaluación Positiva en

donde se desarrollan ideas positivas frente a una situación que podría resultar perturbadora, mencionando diversas posibilidades de continuidad con sus proyectos, metas y sueños (Suárez & Jimeno, 2009).

Finalmente, en la estrategia autonomía se obtuvieron puntuaciones bajas en relación a responder al problema buscando de manera independiente, alternativas de solución ante éste, sin contar con el apoyo de los demás. Frente a esto, desde el campo psicosocial, se estima que las mujeres con cáncer de mama, prefieren recurrir al apoyo social para lograr la adaptación al diagnóstico y el afrontamiento de la enfermedad, que tener una actitud más autónoma (Schneider, Pizzinato & Calderón, 2015). Este hecho resulta comprensible si se tiene en cuenta que en estas mujeres el impacto de saber que se tiene una enfermedad como el cáncer, constituye una experiencia que para muchas de estas, requiere ser compartida para resignificar el proceso de la enfermedad y mantener una adaptación psicológica (Suárez, 2005). De otra manera, Cassel y Cobb (1997) citados en Gómez y Lagoueyte (2012), mencionan el apoyo social como una fuente importante de sostén y ayuda frente las consecuencias negativas, físicas y psicológicas propias de la enfermedad.

### **De la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento**

La presente investigación tuvo como objetivo general, analizar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encontraban bajo tratamiento oncológico en Bucaramanga y su área Metropolitana. Para ello se efectuó un *análisis de correlación de Spearman* entre diferentes estrategias de afrontamiento evaluadas y las escalas de estrés percibido; revelando como resultado una relación inversa (o *negativa*) y significativa entre el estrés percibido y la estrategia de Reevaluación Positiva y por otra parte una relación directa (o *positiva*) y significativa entre el estrés percibido

y las estrategias de afrontamiento Reacción agresiva y Expresión de la Dificultad de Afrontamiento, las cuales siendo abordadas en estudios se han considerado asociadas a las variaciones en los niveles de estrés, específicamente en población oncológica como se expresa a continuación:

En personas con alguna neoplasia maligna, la experiencia de estrés puede ser un factor inherente al proceso de la enfermedad, no obstante, la literatura menciona diversos recursos individuales, los cuales podrían estar asociados a reducir o modular las posibles repercusiones de dicha experiencia, cuando sus efectos surgen de manera prolongada afectando el bienestar personal. Considerando lo anterior, Reich y Remor (2010) reportan un estudio (Thomas & Marks, 1995) donde se observó el uso de la Reevaluación Positiva como estrategia de afrontamiento asociada a menores niveles de estrés, lo cual coincide con los resultados encontrados en la presente investigación. Según esto se podría apreciar que cuando un evento crítico es valorado desde una percepción positiva se relaciona a un mayor bienestar. Los resultados se asemejan también a lo planteado por Del Mar y colaboradores (2001) citados por García-Viniegras y González (2007), quienes expresan que cuando se presenta un uso más habitual de la reevaluación positiva se encuentra acompañada de bajo niveles de estrés, convirtiéndose en un elemento protector en contra de los acontecimientos estresantes en mujeres con cáncer de mama.

Ahora bien, Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar (2006), plantean que los estresores ante una enfermedad crónica tienen el potencial de añadir al pensamiento elementos de preocupación y autoevaluación negativa, que se encontrarían vinculados al aumento de estrés. De este modo, podría decirse que el alto empleo de la reevaluación positiva por los participantes de la muestra evaluada, posiblemente estaría asociado al nivel medio-bajo de estrés obtenido, pues

en los resultados del presente estudio se demostró que la muestra evaluada exhibía niveles superiores del uso de esta estrategia en contraste con datos normativos colombianos (Ver tabla 3 del apartado de Resultados).

En contraste con lo anterior, los niveles de estrés, muestran una relación positiva con la dificultad en la expresión del afrontamiento, es decir, la variable estrés aumenta cuando la persona tiene una expresión de desesperanza frente al control del problema y de las emociones generadas por la situación (Londoño et al., 2006) o por el contrario disminuye cuando esto no sucede. Por su parte, Enríquez (2010) afirma en su estudio con mujeres con cáncer de mama que esta estrategia se caracteriza por un “sentimiento permanente de ineffectividad, de indefensión y desesperanza” (p. 12). A su vez algunos autores intentando predecir el bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama teniendo en cuenta el tipo de afrontamiento utilizado, exponen que quienes asumían la desesperanza y el fatalismo tenían peor afrontamiento frente a la situación difícil (Ferrero, Toledo & Barreto, 1995).

Por otro lado, se encontró asociación positiva entre el nivel de estrés percibido y la reacción agresiva. Esta estrategia según Londoño et al. (2006) se caracteriza por una expresión de ira hacia sí mismo, personas y objetos, la cual la bibliografía ha reportado como un factor predisponente al estrés (Martin, 2003). De este modo estudios demuestran que las mujeres con cáncer de mama experimentan reacciones desadaptativas, inhibición afectiva, y en general, altos niveles de estrés psicológico e ira producidos por el diagnóstico (Grassi & Capellari, 1988; Grassi & Molinari, 1988; Grassi, Rosti, Albiéri & Fiorentini, 1987; Ward, Leventhal & Love, 1988, referidos por Mera & Ortiz, 2012), sin embargo la reacción agresiva se ha demostrado como una estrategia de poca frecuencia en la población oncológica, (Enríquez, 2010; Ortiz et al., 2014) ya que se ha evidenciado que los pacientes con patología mamaria parecen controlar la

expresión de la ira, ocultando sus emociones negativas e inhibiendo una expresión externa (Morris, Greer, Pettingale & Watson, 1981, referidos por Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez, 2001). Pese a lo anterior hay que añadir respecto a la asociación positiva entre el estrés percibido y el uso de la reacción agresiva, no se encontraron investigaciones que expongan acerca de esta relación en mujeres con cáncer de mama, sin embargo fue posible encontrar asociación entre la reacción agresiva y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer (Ortiz et al. 2014).

Por otro lado, a partir de los resultados debe reflexionarse acerca de dos aspectos críticos sobre el empleo de las estrategias de afrontamiento en la muestra evaluada, estos son: la *frecuencia* y la *utilidad*, que como se discute no necesariamente involucran el mismo fenómeno. De este modo, como se mencionó previamente los resultados muestran una *frecuencia de uso* superior de la estrategia *Religión* en las mujeres con cáncer de mama evaluadas en el presente estudio, no obstante, dicha estrategia no se perfila como un posible modulador de la respuesta de estrés como lo evidenciaron el análisis de correlación y posteriormente el modelo de regresión lineal; este hallazgo contrasta con estrategias como la *Re-evaluación Positiva*, que aunque mostró una menor frecuencia que la *Religión*, se constituyó en una estrategia de afrontamiento *útil*, estimándola como posible modulador del estrés.

Finalmente, con lo anteriormente discutido no debe concluirse de una forma definitiva y/o absoluta, que una alta re-evaluación positiva y una baja dificultad de expresión de afrontamiento y reacción agresiva, son las únicas estrategias que resultan provechosas para las mujeres con cáncer de mama. Esto último aplicaría en lo que se refiere a posibles modulares del estrés, sin embargo, la evidencia de un alto uso de estrategias como *Religión*, seguidas por la *Búsqueda de Apoyo Social* y *Apoyo Profesional*, conducen a sospechar su posible utilidad como respuestas

adaptativas asociadas con otros fenómenos como: adherencia al tratamiento, remisión de sintomatología, calidad de vida de los pacientes (Maleknia & Kahrazei, 2015); aspectos que si bien no fueron evaluados en el presente estudio, justifican la continuidad de la investigación en muestras con esta condición diagnóstica.



## CONCLUSIONES

La presente investigación reveló que la mayoría de las participantes de la muestra tenía un nivel de estrés medio – bajo, que resultó diferente al esperado para mujeres con cáncer de mama, una enfermedad crónica relacionada a altos niveles de estrés. Estos niveles de estrés alcanzados por las mujeres evaluadas en el estudio posiblemente fueron influenciados por una ausencia de comorbilidad con otros diagnósticos de cáncer, una menor exposición a diversidad de tratamientos, un tiempo de tratamiento superior a 6 meses o estar casadas, factores que la bibliografía vincula con una disminución de estrés (Herrera & Rodríguez, 2009; Montes et al., 2006; Reich & Remor, 2011; Ticona et al., 2015).

Por otra parte, se evidenció que las mujeres evaluadas, durante tratamiento oncológico emplean la *Religión*, la *Evitación Cognitiva* y la *Re-evaluación Positiva* como estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes. Es decir, participan en actividades religiosas para tolerar el problema, eliminan los pensamientos negativos o perturbadores a través de la distracción, y evalúan los problemas considerando los aspectos positivos que favorezcan la forma de vivir la situación. Por el contrario, presentan un bajo empleo de la *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento* y la *Autonomía*, lo cual pone de manifiesto que las participantes prefieren no expresar emociones negativas generadas en la situación y la imposibilidad de hacerle frente a la misma. A su vez, se reveló la tendencia de no responder de manera independiente a la solución del problema si no que prefieren recurrir al apoyo de quienes las rodean.

Considerado los resultados obtenidos y las investigaciones referenciadas en el presente trabajo, se plantea de manera general que la búsqueda de *Apoyo Social*, la *Re-evaluación Positiva*, la *Religión* como estrategias centradas en el problema, posibilitarían una mejor

adaptación ante el diagnóstico y favorecerían otros aspectos como calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. En contraste con estrategias *negación*, *evitación cognitiva* y las estrategias centradas en la emoción que conducirían a una posible reducción del bienestar. Esto conduce a considerar que el estilo de afrontamiento asumido por la muestra evaluada según los hallazgos de la literatura corresponde a una respuesta adaptativa.

Finalmente se constató una correlación significativa entre el estrés percibido y tres de las estrategias de afrontamiento en la muestra de mujeres evaluadas. De modo directo (o positivo) con la *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento* y la *Reacción Agresiva* y por otra parte de modo inverso (o negativo) con la *Reevaluación Positiva*. Según esto se puede evidenciar que en los resultados arrojados por las participantes, claramente no todas las estrategias se asocian con el estrés, en este sentido, aunque los resultados de este estudio no conducen a un constructo general de las estrategias de afrontamiento como reductoras de estrés en población oncológica, si ofrecen una aproximación sobre unas estrategias de afrontamiento específicas que resultarían útiles como moduladoras de la respuesta de estrés durante el tratamiento oncológico en mujeres con cáncer de mama.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales en salud mental interesados en el desarrollo de programas interventivos en mujeres con cáncer de mama, tener en cuenta las estrategias de afrontamiento que se asocian a una respuesta moduladora de estrés.

Asimismo, teniendo en cuenta las estadísticas epidemiológicas de cáncer de mama en Bucaramanga, los efectos del estrés sobre los individuos y el vacío de referente teórico regional existente sobre estas dos variables, se recomienda fomentar la investigación sobre estas y a su vez la utilización de muestras más amplias que faciliten la ejecución de análisis alternos, con el fin de contribuir al campo de conocimiento que respecta a la enfermedad oncológica.

En el presente estudio se pudo observar los posibles efectos moduladores frente al estrés de las estrategias de afrontamiento, se sugiere investigar y profundizar en otros factores influyentes a la adaptación de la mujer en el transcurso de la enfermedad neoplásica, como por ejemplo el apoyo social.

## REFERENCIAS

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a Diagnosis of Breast Cancer-Literature Review and Implications for Developing Countries. *The Breast Journal*, 15(6), 615-622. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00812.x
- Albarracín, A., Rey, L., & Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (42), 111-126. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194230899008.pdf>
- Alonso, C., & Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- American Psychological Association. (2016). *Comprendiendo el estrés crónico*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx>
- American Society of Clinical Oncology. (2010). *Cáncer de mama - Opciones de tratamiento*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/opciones-de-tratamiento>
- American Society of Clinical Oncology. (2015). *Neutrocitopenia*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/efectos-secundarios/neutrocitopenia>
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Universitas*

- Psychologica*, 5(3), 659-668. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a18.pdf>
- Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013* (Tesis pregrado, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo). Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/336/1/TL\\_Ascencio\\_Puicon\\_AnaisJackelin.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/336/1/TL_Ascencio_Puicon_AnaisJackelin.pdf)
- Asociación Española contra el Cáncer. (2016). *Incidencia*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx>
- Baiocchi-Morales, A., Lugo-Ostos, E., Palomino-Sanchez, N., & Tam-Phun, E. (2015). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Revista Enfermería Herediana*, 6(1),18. doi: <http://dx.doi.org/10.20453/reneh.v6i1.2373>
- Barreto, M., & Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología*, 6(2), 169-180. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v06/v06\\_2/06-06\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf)
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicosociología*, 4(1), 133-142. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120133A>
- Benedict, C., Dahn, J., Antoni, M., Bruce, K., Bustillo, N., Zhou, E., & Penedo, F. (2014) Positive and negative mood in men with advanced prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy: considering the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 24(2), 932-939. doi: 10.1002/pon.3681

- Boticario, C., & Cascales, M. (2013). *Sistema inmune: su importancia en el desarrollo y terapia del cáncer*. Plasencia: Artes Gráficas Batanero, S.L. Recuperado de <http://www2.uned.es/ca-plasencia/DocumentosPDF/libros/SistemaInmune.pdf>
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G., & Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147007.pdf>
- Cano, A., Sirgo, A., & Pérez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0(0), 101-112.
- Caribé, F., Chimenos, E., López, J., Finestres, F., & Guix, B. (2003). Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 8, 178-187. Recuperado de [http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Dental%20manegemetn\\_2003\\_medoralv8i3p178.pdf](http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Dental%20manegemetn_2003_medoralv8i3p178.pdf)
- Carrobbles, J. (1996). Estrés y trastornos asociados. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (vol. 2: Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación)* (pp. 407-450) Madrid: Siglo XXI.
- Castaño, A., & Palacios-Espinoza, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.41949
- Centro para el Control de Enfermedades. (2015). *Cáncer en las mujeres*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/data/women.htm>

- Cifuentes, I., & Villegas, M. (2009). Estrés y afrontamiento con pacientes de cáncer de mama. *Grafías*, 9, 37-50.
- Cohen, S. (2014). *Dr. Cohen's Scales: PSS: FREQUENTLY- ASKED QUESTIONS (.doc; updated Feb. 17, 2014)* [Archivo de datos]. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/scales.html>
- De Haro-Rodríguez, M., Gallardo-Vidal, L., Martínez-Martínez, M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., & Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44919
- Díaz-Corchuelo, A., Cordón-Pozo, E., & Rubio-Herrera, R. (2015). Percepción de estrés en personal universitario. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(2), 207-215. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a04.pdf>
- Die, M. (2006). Impacto psicosocial del cáncer. *Revista contigo*, (6), 19-21. Recuperado de [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista\\_contigo/n\\_6/psicooncologia.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf)
- Enríquez, M. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Revista Centro de Estudios en Salud*, 1(12), 7-19. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a02.pdf>
- Fernandez, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120169A/16214>
- Ferrero, J., Toledo, M., & Barreto, (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista*

- Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80527106.pdf>
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>
- Fuentes, S., & Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7(1), 51-60. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120051A>
- García-Luna, P., Parejo, J., & Pereira, J. (2006). Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 10-16. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21s3/art02.pdf>
- García-Viniegras, C., & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a8.pdf>
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21302004.pdf>
- Globocan. (2012). *Estimated Cancer Incidence, Mortality and prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- Gómez, B., & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 30-38. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061f.pdf>



- Gómez, M., & Lagoueyte, M. (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances en Enfermería*, 30(1), 32-41. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf>
- Hamama-Raz, Y. (2012). Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders?. *Psychooncology*, 21(3), 255-263. doi: 10.1002/pon.1889
- Hernández, F., & Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Felicidad Subjetiva (SHS) y su relación con el estrés, la salud percibida y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(2-3), 357-367. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n2-3.47394
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.
- Herrera, G., & Rodríguez, L. (2009). *Estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno*. (Tesis pregrado, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9842/tesis13-3.pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Cancerología (2004). *El cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewj-ktmXoLHRAhVGbiYKHc3tDwgQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fs6591ff7cee740234.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1427798213%2Fmodule%2F575705866>

2%2Fname%2FEI%2520cancer.pdf&usg=AFQjCNESFpHgPpm0ezisrx-y-  
NL6eAnPUA&sig2=GA4IYM4Z-mIm3HKvVUOU6g

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, calidad de vida, dependencia funcional)*. Recuperado de [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)

Instituto Nacional del Cáncer. (2012). *Estrés psicológico y el Cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>

Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Estadificación*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

Irwin, J., & Anisman, H. (1984). Patología y estrés: interacciones inmunológicas con el sistema nervioso central. En C. Cooper (Ed.), *Estrés y cáncer* (pp. 115-181). Madrid: Díaz de Santos, S. A.

Juárez, D., & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica UST*, 6(2), 79-88.

Juárez, D., Landero, R., González, M. & Jaime, L. (2016). Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 103-112. doi: 10.14718/ACP.2016.19.1.6

Juárez, I., & Almanza, M. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista Neurología, Neuropsicología y Psiquiatría*, 44(4), 133-141.

Kennedy, B. J., Tellegen, A., Kennedy, S., & Havernick, N. (1976). Psychological response of patients cured of advanced cancer. *Cancer*, 38(5), 2184-2191. doi:10.1002/1097-0142(197611)38:5<2184::AID-CNCR2820380549>3.0.CO;2-9

- Knobf, M. (1986). Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 4(5), 678-684. doi: 10.1200/jco.1986.4.5.678
- Knobf, M. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83. doi: 10.1016/j.soncn.2006.11.009
- Kobra, P., Fariborz, R., Alehe, S., Hadi, H., & Vida, S. (2014). The perceived stress in cancer patients referring to the Educational Therapeutic Centers in Zahedan city in 2013. *Science Road Joarnal*, 2(1), 164-171.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Llul, D., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09>
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>
- Lostauau, A. & Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica de Perú). Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTAUNAU\\_CALERO\\_TORREJON\\_SALMON\\_ESTRES\\_CANCER.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTAUNAU_CALERO_TORREJON_SALMON_ESTRES_CANCER.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Maleknia, N., & Kahrazei, F. (2015). The Relationship between Stress Coping Styles and Quality of Life among Patients with Breast Cancer. *Journal of Midwifery and*

- Reproductive Health*, 3(4), 472-478. Recuperado de [http://jmrh.mums.ac.ir/article\\_4809\\_66f3482c666f2406af2b296c97dd3cfe.pdf](http://jmrh.mums.ac.ir/article_4809_66f3482c666f2406af2b296c97dd3cfe.pdf)
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vo129\\_3\\_03/spu12303.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vo129_3_03/spu12303.pdf)
- Matus, V., & Barra, A. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 23(2), 153-160. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Viviana%20Matus%20Donoso.pdf>
- Mehrabi, E., Hajian, S., Simbar, M., Hoshyari, M., Zayeri, F. (2015). Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electronic Physician*, 7(8), 1575-1583. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/1575>
- Mera, P., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsico1/v30n3/art07.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cáncer de mama una enfermedad de ascenso en Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
- Molina, M., & Milidoni, O. (2009). Afrontamiento de estrés a través del estadio en el cáncer de mama. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires. Artículo recuperado de <https://www.academica.org/000-020/232.pdf>

Montes, L., Mullins, M., & Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 129-134. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000200010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200010)

Moral de la Rubia, J., & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: Estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jose-Moral-de-la-Rubia.pdf>

Morán, C., Landero, R., & González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>

Moysen, A., Garay, J., Gurrola, M., Esteban, J., & Balcázar, P. (2012). Acontecimientos productores de estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología Nueva Época* 20(1), 63-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623007.pdf>

Ojeda-Soto, S., & Martínez-Julca, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana*, 5(2), 89-96. doi: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v5i2.2405>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, resumen de orientación*. Recuperado de: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016). *La epidemia Mundial de Enfermedades Crónicas*. Recuperado de

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=16322&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16322&Itemid)

Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G., & Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n1/v8n1a08.pdf>

Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A., Moreno, K., & Ospino, D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479. doi: [dx.doi.org/10.12804/ap133.03.2015.07](https://doi.org/10.12804/ap133.03.2015.07)

Pardo, C., & Cendales, R. (2015). *Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011*. Recuperado de

<http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>

Parra, C., García, L., & Insuasty, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 65-84. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a07.pdf>

Pedrero, E., & Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación.

*Anales de psicología*, 26(2), 302-309. Recuperado de

[http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_2/14-26\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/14-26_2.pdf)

Pieterse, K., van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C. M., Rijnsburger, A. J., de Koning, H. J., & Duivenvoorden, H. J. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, 16(9), 851-858. doi:10.1002/pon.1135

- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L., Rivas, L., & Castes, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 49-73. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120059A/15736>
- Portillo, L., Fernández-Corada, A., & García, M. (2006). *Efectos secundarios del tratamiento en el paciente oncológico*. (SESCAM Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha Vol. 7 No. 4). Recuperado del sitio de Internet de Servicio de Salud de Castilla-La Mancha: [http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/vii\\_04\\_efectossecundariosoncologico.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/vii_04_efectossecundariosoncologico.pdf)
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 2(2), 107-120. Recuperado de <http://www.kimerius.es/app/download/5788987416/Psicolog%C3%ADa%20oncol%C3%B3gica.pdf>
- Puente, J. (2015). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Recuperado de: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Rebolledo, M. & Alvarado, S. (2006). Distrés y cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 52-58. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061h.pdf>
- Reich, M. & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2-3), 453-471. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2011.v8.n2-3.37892

- Reich, M., & Remor, E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama postcirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 177-221. Recuperado de [https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones\\_files/2010%20Reich%20%26%20Remor%20Variables%20psicosociales%20asociadas%20con%20la%20CVRS%20en%20mujeres%20con%20cancer%20de%20mama%20post%20cirugia%20una%20revisión%20sistemática.pdf](https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones_files/2010%20Reich%20%26%20Remor%20Variables%20psicosociales%20asociadas%20con%20la%20CVRS%20en%20mujeres%20con%20cancer%20de%20mama%20post%20cirugia%20una%20revisión%20sistemática.pdf)
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. Recuperado de [http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Remor\\_2006\\_article\\_EurSpanPSS.pdf](http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Remor_2006_article_EurSpanPSS.pdf)
- Reyes, C., & Rincón, H. (2007). Estrategias para afrontar el cáncer. *Carta de la Salud*, 137,1-4. Recuperado de [https://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/item/4500/1/137\\_estrategias\\_para\\_afrontar\\_cancer.pdf](https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/4500/1/137_estrategias_para_afrontar_cancer.pdf)
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Rodríguez, A., & Alvarado, S. (2009). Impacto psicológico de la comunicación en las salas de espera de quimioterapia ambulatoria. *Cancerología*, 4, 31-38. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/266243260\\_Impacto\\_Psicologico\\_de\\_la\\_Comunicacion\\_en\\_las\\_Salas\\_de\\_Espera\\_de\\_Quimioterapia\\_Ambulatoria](https://www.researchgate.net/publication/266243260_Impacto_Psicologico_de_la_Comunicacion_en_las_Salas_de_Espera_de_Quimioterapia_Ambulatoria)
- Rodríguez, M. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España). Recuperado de



[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491\\_rodriguez\\_fernandez\\_maria\\_isabel.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1)

Sánchez, M., Gonzáles, R., Marsán, V., & Macías, C. (2006). *Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares*. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/hih/voI22\\_3\\_06/hih02306.html](http://bvs.sld.cu/revistas/hih/voI22_3_06/hih02306.html)

Schneider, J., Pizzinato, A., & Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 439-467. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13051>

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston, London: Butterworth.

Sepúlveda-Vildósola, A., Romero-Guerra, A., & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 347-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>

Sirera, R., Sánchez, P., & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>

Sirgo, A., Díaz-Ovejero, A., Cano-Vindel, A., & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 259-271. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/230577133\\_Ansiedad\\_ira\\_y\\_depresion\\_en\\_mujeres\\_con\\_cancer\\_de\\_mama\\_Anxiety\\_anger\\_and\\_depression\\_in\\_breast\\_cancer\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/230577133_Ansiedad_ira_y_depresion_en_mujeres_con_cancer_de_mama_Anxiety_anger_and_depression_in_breast_cancer_patients)

- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, (75), 73-85. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Suarez, A., & Jimeno, L. (2009). *Esperanza, Salud y calidad de vida en pacientes con cáncer*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2593/121967.pdf;sequence=1>
- Suárez, D. (2005). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *Revista Psicología.com* 9(2). *Revista Psicología*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/759/73>
- Téllez, A., López, F., García, C., Sánchez, L., Martínez, J., García, E., Juárez, D., & Villegas, D. (2012). Estrés y cáncer. En S. Galán & E. Camacho (Eds.), *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada* (pp. 181-190). México: Manual Moderno.
- Ticona, S., Santos, E., & Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74137151002.pdf>
- Valls, E., & Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, (109), 51-72. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-3.pdf>
- Vanguardia (18 de octubre de 2013). A la semana muere una mujer en Bucaramanga por cáncer de Mama. *Vanguardia Liberal*. Recuperado de <http://www.vanguardia.com/santander/bucaramanga/230026-a-la-semana-muere-una-mujer-en-bucaramanga-por-cancer-de-mama>

- Vega, M., De Juan, A., García, A., López, J., López, C., López, A., Rivera, F., & Ramos, J. (2004). Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología*, 1(2-3), 137-150. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120137A/16201>
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychología: Avances de la Disciplina*, 6(1), 123-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
- World Health Organization (WHO, 2013). *Datos sobre enfermedades no transmisibles*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/)
- Yang, H., Brothers, B., Andersen, B. (2008). Stress and Quality of Life in Breast Cancer Recurrence: Moderation or Mediation of Coping?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 188-197. doi: 10.1007/s12160-008-9016-0
- Zainal, N., Hui, K., Hang, T., & Bustam, A. (2007). Prevalence of distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 3, 219-223. doi: 10.1111/j.1743-7563.2007.00114.x

### Apéndice A. Cuestionario sociodemográfico

| Datos sociodemográficos   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Lugar de nacimiento</b>  | <b>Edad</b>  | <b>Estado civil</b><br>Soltera__ Casada__ Divorciada__ Viuda__ Unión libre__              |
| <b>Nivel educativo</b><br>Ninguno_ Primaria_ Secundaria_ Tecnólogo_ Técnico_ Estudiante universitario_ Profesional_ Posgrado_ Otro_ |  |   |
| <b>Lugar de residencia</b>  | <b>Ocupación</b>   | <b>Estrato</b><br>1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_   |
| <b>Acompañamiento en el tratamiento</b><br>Sí_ No_<br>Familiares_ Amigos_<br>Otros_____   | <b>Reporte de historia clínica</b><br>Fecha de diagnóstico _____<br>Estadio de la enfermedad _____<br>Tratamientos oncológicos recibidos _____<br>Tratamiento psiquiátrico Sí_ No_ |   |
| <b>Número de persona/s con la/os que convive</b><br>Ninguno__ 1 a 5 personas__ 6 a 10 personas__ Más de 10_                         |  | <b>EPS u otros</b>  |
| <b>Situación laboral</b><br>Empleado__ Desempleado__ Pensionado__ Otro_____   |  | <b>Nivel de ingresos</b><br>Menos de \$644.350__ \$644.350 S. Mínimo__ Más de \$644.350__ |

## Apéndice B. Instrumento Escala de Estrés Percibido (EEP-14)

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

|  | Nunca | Casi nunca | De vez en cuando | A menudo | Muy a menudo |
|--|-------|------------|------------------|----------|--------------|
| 1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?  | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?                                    | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?   | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?                                     | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?                              | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?   | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?                                   | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?  | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?   | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?                   | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?  | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?   | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |
| 14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?                             | 0     | 1          | 2                | 3        | 4            |

**Apéndice C. Instrumento Escala De Estrategias De Coping – Modificada (EEC-M)**

**Escala De Estrategias De Coping – Modificada (EEC-M)**

**Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., Aguirre, D. (2005)**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

| N  |  | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|----|--|-------|------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1  | Trato de comportarme como si nada hubiera pasado                                 | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 2  | Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.) | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 3  | Procuro no pensar en el problema   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 4  | Descargo mi mal humor con los demás  | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 5  | Intento ver los aspectos positivos del problema                                  | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 6  | Le cuento a familiares o amigos cómo me siento                                   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 7  | Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional                 | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 8  | Asisto a la iglesia  | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 9  | Espero que la solución llegue sola   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 10 | Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados     | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 11 | Procuro guardar para mí los sentimientos   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 12 | Me comporto de forma hostil con los demás  | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |
| 13 | Intento sacar algo positivo del problema   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5            | 6       |

|    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Busco ayuda profesional para que me guen y orienten                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Espero el momento oportuno para resolver el problema                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | Tengo fe en que Dios remedie la situación   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | No hago nada porque el tiempo todo lo dice  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Dejo que las cosas sigan su curso   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Trato de ocultar mi malestar  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Evito pensar en el problema   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | Me dejo llevar por mi mal humor   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Rezo  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | Me resigno y dejo que las cosas pasen   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41 | Inhíbo mis propias emociones  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42 | Busco actividades que me distraigan   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43 | Niego que tengo problemas   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44 | Me salgo de casillas  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46 | A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47 | Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48 | Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49 | Acudo a la iglesia para poner velas o rezar   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50 | Considero que las cosas por sí solas se solucionan  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |



|    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 52 | Me es difícil relajarme   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53 | Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54 | Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55 | Así lo quiera, no soy capaz de llorar   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56 | Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 57 | Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 58 | Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 59 | Dejo todo en manos de Dios  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60 | Espero que las cosas se vayan dando   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 61 | Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 62 | Trato de evitar mis emociones   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 63 | Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 64 | Trato de identificar las ventajas del problema  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 65 | Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 66 | Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 67 | Busco tranquilizarme a través de la oración   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 68 | Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 69 | Dejo que pase el tiempo   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Apéndice D. Correlaciones entre las estrategias o factores del instrumento de Estrategias de Coping (EEC-M)

| ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO                       |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
|--|-----------------------|------------------|------------------|----------|---------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|---|----------|-----------|
|  | Solución de problemas | Apoyo Social     | Espera           | Religión | Evitación Emocional | Búsqueda de Apoyo Profesional | Reacción Agresiva | Evitación Cognitiva | Reevaluación Positiva | Expresión de la Dificultad de Afrontamiento | Negación | Autonomía |
| <b>Solución de problemas</b>                       |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | -                     |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Apoyo Social</b>                                |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | <b>0,333</b>          | -                |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | <b>0,00835</b>        |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Espera</b>                                      |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | <b>-0,449</b>         | -0,154           | -                |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | <b>0</b>              | 0,23             |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Religión</b>                                    |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | 0,0167                | 0,156            | 0,0197           | -        |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,897                 | 0,226            | 0,879            |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Evitación Emocional</b>                         |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | -0,167                | <b>-0,612</b>    | 0,199            | -0,0571  | -                   |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,193                 | <b>&lt;0,001</b> | 0,122            | 0,658    |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Búsqueda de Apoyo Profesional</b>               |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | 0,264                 | 0,148            | -0,0991          | -0,246   | -0,087              | -                             |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,0383                | 0,25             | 0,442            | 0,0543   | 0,5                 |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Reacción Agresiva</b>                           |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | -0,139                | -0,00751         | 0,0437           | 0,0735   | 0,145               | -0,0914                       | -                 |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,28                  | 0,954            | 0,735            | 0,569    | 0,26                | 0,479                         |                   |                     |                       |   |          |           |
| <b>Evitación Cognitiva</b>                         |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | 0,0647                | 0,151            | <b>0,309</b>     | 0,0638   | 0,0647              | -0,147                        | 0,0148            | -                   |                       |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,616                 | 0,24             | <b>0,0148</b>    | 0,621    | 0,616               | 0,253                         | 0,909             |                     |                       |   |          |           |
| <b>Reevaluación Positiva</b>                       |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | <b>0,343</b>          | <b>0,345</b>     | -0,216           | 0,256    | -0,224              | 0,221                         | -0,306            | 0,208               | -                     |   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | <b>0,0066</b>         | <b>0,00627</b>   | 0,091            | 0,0447   | 0,0801              | 0,0839                        | 0,0158            | 0,105               |                       |   |          |           |
| <b>Expresión de la Dificultad de Afrontamiento</b> |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | -0,293                | -0,184           | 0,146            | -0,194   | <b>0,33</b>         | -0,0521                       | 0,248             | 0,097               | <b>-0,352</b>         | -   |          |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,0212                | 0,152            | 0,255            | 0,131    | <b>0,00904</b>      | 0,687                         | 0,0524            | 0,452               | <b>0,00525</b>        |   |          |           |
| <b>Negación</b>                                    |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | -0,122                | 0,0434           | <b>0,439</b>     | 0,171    | 0,0562              | -0,0654                       | -0,0538           | <b>0,441</b>        | 0,221                 | 0,0525                                      | -        |           |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,345                 | 0,737            | <b>&lt;0,001</b> | 0,184    | 0,663               | 0,612                         | 0,677             | <b>&lt;0,001</b>    | 0,0848                | 0,684                                       |          |           |
| <b>Autonomía</b>                                   |                       |                  |                  |          |                     |                               |                   |                     |                       |   |          |           |
| Valor <i>r</i> (Rho)                               | -0,1                  | -0,116           | 0,194            | -0,17    | 0,112               | 0,0364                        | 0,0359            | <b>0,335</b>        | -0,0862               | 0,0357                                      | 0,216    | -         |
| Valor <i>p</i>                                     | 0,438                 | 0,368            | 0,131            | 0,185    | 0,384               | 0,778                         | 0,781             | <b>0,00797</b>      | 0,504                 | 0,782                                       | 0,0914   |           |