



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DE DOCTORADO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

Título:

Esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida, relacionadas con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama

Prof. Agda. Mag. Ana Luz Protesoni

Directora de Tesis: Dra. Sofía Grillé

Directora Académica: Dra. Susana Martínez

Montevideo, mayo de 2021

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mis Directoras de Tesis, que efectivamente cumplieron en el más genuino sentido con el papel de tutorear mi trabajo desde lugares bien distintos. Ambas me acompañaron y me sostuvieron, aportándome generosamente sus conocimientos tanto como sus cuestionamientos para que pudiera llevar a cabo la tesis.

Quisiera también agradecer a la Prof. Dra. Elisa Kern de Castro y al Prof. Cristian Ochoa, quienes en diferentes momentos de este trayecto oficiaron de interlocutores, enriqueciendo con sus aportes y abriendo mis horizontes con respecto a la psicooncología.

Agradezco a mis compañeros de equipo (Dirección de Licenciatura), que todos los días me sostienen y desde el inicio me alentaron a darle lugar al desarrollo académico para que la gestión no me devore. Va un reconocimiento muy especial al apoyo recibido por parte de Cecilia Madriaga.

Mi profundo reconocimiento a los estudiantes que me acompañaron en los aprendizajes sobre estos temas, a la Facultad de Psicología y a la Universidad de la República, por permitirme seguir siendo estudiante y desarrollarme en un área de interés personal y social.

A mi querida madre que me inició no solo en la vida sino en esta área de conocimiento.

Resumen

La tesis estudia los patrones de funcionamiento psicológico de las mujeres con cáncer de mama. Valora la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante las diferentes etapas del tratamiento oncoespecífico; identifica los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) prevalentes; describe las creencias y percepciones que las mujeres elaboran sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que estas utilizan en cada etapa. Indaga la asociación y el valor predictivo que tienen, sobre la CVRS, las características sociodemográficas y clínicas y las variables psicológicas. Se realiza un estudio descriptivo, correlacional, de subtipo predictivo. Se trabaja con 204 pacientes en tratamiento ambulatorio (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormono o inmunoterapia) usuarias del sistema público. Se recaban datos sociodemográficos y clínicos; se aplica el Test de Esquemas Tempranos (YSQ), el Cuestionario de percepción de enfermedad (IPQ-R), el test de estrategias de afrontamiento en salud, (Brief COPE) y el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (FACT-B). Se realizan análisis descriptivos, de estadística inferencial, regresión lineal múltiple y/o regresión por pasos sucesivos.

La mayoría de las mujeres en tratamiento refieren una percepción de bienestar en su CVRS. La cirugía se torna significativa para la valoración de la CVRS a largo plazo. Las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción reportan una CVRS más deteriorada, afectando la autoimagen, la identidad femenina, la vida sexual, de pareja y social. Las mujeres usan variados EDT, los más frecuentes (*Autosacrificio* y *Metas inalcanzables*) tienen en común la disposición a la sobreadaptación y el espíritu de lucha. La mayoría de las mujeres en tratamiento

manifiestan una baja percepción de gravedad de la enfermedad y usan variadas estrategias de afrontamiento adaptativas que les permite asimilar la enfermedad y adherir a los tratamientos. Una vez finalizados estos, se plantean mayores niveles de malestar. Las creencias y percepciones sobre la enfermedad, así como los EDT, son las variables que inciden en la CVRS y por lo tanto, en la posibilidad de elaborar el evento disruptivo.

La tesis aporta a la definición de las pacientes en situación de vulnerabilidad psíquica durante el tratamiento; da cuenta de la oportunidad de las intervenciones psicológicas una vez finalizados los tratamientos y plantea la necesidad de reorientar las estrategia de prevención y educación en salud, al evidenciar que tanto el autocuidado como los hábitos no son atribuidos a la causalidad de la enfermedad.

Palabras Clave: psicooncología, calidad de vida, esquemas desadaptativos tempranos

Abstract

This thesis studies the psychological functioning patterns of women with breast cancer. It assesses the health-related quality of life (HRQL) during the different stages of oncospecific treatment, identifies the prevalent early dysfunctional schemas (EDS), describes the perceptions and beliefs that women elaborate about the disease, and the coping strategies they use at each stage. It investigates the association and predictive value of sociodemographic, clinical and psychological variables on HRQL. A descriptive, correlational study – predictive subtype – was carried out. 228 outpatients, the Uruguay public health system, who undergoing surgery, chemotherapy, radiotherapy, or hormone or immunotherapy, were included in the studies

reported in this thesis. Socio-demographic and clinical data were collected, and the Early Schema Test (YSQ), the Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Health Coping Strategies Test (Brief COPE) and the Health-Related Quality of Life Questionnaire (FACT-B) were applied. Descriptive analysis, inferential statistics, multiple linear regression and / or stepwise regression were performed.

Most women report a perception of well-being the early phases treatment, but in the long-term surgery seems to play a significant role in the HRQL. Mastectomized women without breast reconstruction report lower levels of HRQL where self-image, feminine identity, sexual, couple and social life seem to be affected. During treatment women use various EDS; the most frequent ones – Self-sacrifice and Unattainable goals – share the disposition to over-adaptation and the fighting spirit. The majority of women undergoing treatment report a low perception of the severity of the disease when compared to those who have finished the treatment. Both self-care and habits are not attributed as causality for the disease. The use of diverse adaptive coping strategies – which allowed the assimilation of the disease and adherence to treatment – was recorded. Perceptions and beliefs about the disease, as well as EDS, seem to better predict HRQOL than clinical and sociodemographic variables.

This thesis provides indicators psychological vulnerability for women undergoing oncological treatment, reports on the timeliness of psychological interventions once treatment has been completed, and raises the need to reorient prevention and health education strategies.

Keywords: Psychooncology – quality of life – Unadaptive early schemes

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 10 |
| Plan organizativo de la tesis..... | 16 |
| CAPITULO 1..... | 18 |
| Antecedentes y Estado del Arte..... | 18 |
| Antecedentes..... | 18 |
| Estado del Arte..... | 22 |
| Calidad de vida relacionada con la salud y cáncer de mama..... | 22 |
| Esquemas Desadaptativos Tempranos y cáncer de mama..... | 27 |
| Percepciones y creencias sobre la enfermedad de cáncer de mama..... | 29 |
| Estrategias de afrontamiento y cáncer de mama..... | 31 |
| CAPITULO 2..... | 35 |
| Marco Teórico..... | 35 |
| 2.1 Psicooncología..... | 35 |
| 2.2 El impacto psicológico del cáncer y las tramitaciones posibles..... | 42 |
| 2.2.1 El diagnóstico de cáncer como evento disruptivo..... | 42 |
| 2.2.2 Tramitaciones psíquicas posibles del evento disruptivo..... | 44 |
| 2.2.3 Perspectiva desde la nosología psiquiátrica norteamericana..... | 52 |
| 2.2.4 Proceso de duelo oncológico..... | 53 |
| 2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud..... | 58 |
| 2.4 Esquemas desadaptativos tempranos..... | 62 |
| Los cinco Dominios y dieciocho Esquemas Desadaptativos Tempranos..... | 65 |
| 2.5 Percepciones y Creencias relacionadas con la enfermedad..... | 71 |
| 2.6 Estrategias de Afrontamiento..... | 75 |
| CAPITULO 3..... | 79 |
| El problema de investigación..... | 79 |
| 3.1 Marco Epistemológico..... | 79 |
| 3.2 Preguntas de investigación..... | 81 |
| 3.3 Hipótesis de investigación..... | 82 |
| 3.4 Objetivos Generales:..... | 83 |
| 3.5 Objetivos Específicos:..... | 83 |
| CAPITULO 4..... | 85 |

| | |
|--|-----|
| Metodología de investigación..... | 85 |
| 4.1 Tipo de Estudio..... | 85 |
| 4.2 Muestra..... | 85 |
| 4.3 Instrumentos:..... | 87 |
| 4.4 Procedimientos de recolección de la muestra..... | 91 |
| 4.5 Procedimiento de análisis de los datos..... | 92 |
| 4.6 Consideraciones éticas..... | 95 |
| CAPITULO 5..... | 96 |
| Resultados de la investigación..... | 96 |
| 5.1. Caracterización de la muestra..... | 96 |
| 5.1.1 Características socio-demográficas de la muestra..... | 96 |
| 5.1.2 Características clínico-biológicas de la muestra..... | 99 |
| 5. 2. Variables psicológicas..... | 100 |
| 5.2.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud..... | 101 |
| 5.2.1.1 Descripción general de los resultados..... | 101 |
| 5.2.1.2 CVRS y variables sociodemográficas..... | 102 |
| 5.2.1.3 CVRS y variables clínico-biológicas..... | 102 |
| 5.2.1.4 Discusión y análisis..... | 105 |
| 5.2.2 Esquemas Desadaptativos Tempranos..... | 107 |
| 5.2.2.1 Descripción general de los resultados..... | 107 |
| 5.2.2.2 EDT y variables sociodemográficas..... | 112 |
| 5.2.2.3 EDT y variables clínico- biológicas..... | 112 |
| 5.2.2.4 EDT y su relación con la CVRS:..... | 119 |
| 5.2.2.5 Discusión y análisis..... | 123 |
| 5.2.3 Percepciones y Creencias con respecto a la Enfermedad..... | 128 |
| 5.2.3.1 Descripción general de los resultados..... | 128 |
| 5.2.3.2 IPQ-R y variables sociodemográficas..... | 134 |
| 5.2.3.3 IPQ-R y variables clínico-biológicas..... | 134 |
| 5.2.3.4 IPQ-R y su relación con la CVRS..... | 139 |
| 5.2.3.5 Discusión y análisis..... | 142 |
| 5.2.4 Estrategias de Afrontamiento..... | 146 |
| 5.2.4.1 Descripción general de los resultados..... | 146 |
| 5.2.4.2 B- COPE y variables sociodemográficas..... | 149 |
| 5.2.4.3 B-COPE y variables clínico-biológicas..... | 152 |
| 5.2.4.4 B- COPE y su relación con la CVRS..... | 161 |
| 5.2.4.5 Discusión y análisis..... | 161 |

| | |
|--|-----|
| 5.3 Variables predictivas de CVRS en mujeres con cáncer de mama..... | 165 |
| 5.3.1 Descripción general de los resultados..... | 166 |
| 5.3.2 Discusión y análisis..... | 168 |
| 5.4 Discusión de Resultados Generales..... | 170 |
| 5.4.1 Caracterización de la muestra a nivel sociodemográfico y psicológico en función de los tratamientos oncoespecíficos recibidos..... | 171 |
| 5.4.2 Asociación entre CVRS y variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas: valores predictivos..... | 178 |
| CAPÍTULO 6..... | 183 |
| Conclusiones..... | 183 |
| 6. 1 Consideraciones generales..... | 183 |
| 6. 2 La CVRS de las mujeres y su asociación con el tipo de tratamiento..... | 184 |
| 6. 3 Los EDT, su relación con la CVRS y el tipo de tratamiento recibido..... | 187 |
| 6.4 Las creencias y percepciones sobre la enfermedad, su relación con la CVRS y los tratamientos recibidos..... | 192 |
| 6.5 Las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, su relación con la CVRS y los tratamientos recibidos..... | 195 |
| 6.6 Variables predictivas de la CVRS en mujeres con cáncer de mama..... | 196 |
| 6.7 Reflexiones finales..... | 198 |
| CAPITULO 7..... | 201 |
| Aplicabilidad de los resultados, alcances y limitaciones..... | 201 |
| 7.1 Aplicabilidad en el área de las intervenciones psicooncológicas..... | 201 |
| 7.2 Aplicabilidad referida al trabajo en el equipo asistencial..... | 204 |
| 7.3 Limitaciones del estudio realizado..... | 205 |
| 7.4 Perspectivas de desarrollo académico..... | 206 |
| Referencias Bibliográficas..... | 209 |
| | 210 |
| Lista de Acrónimos..... | 241 |
| ANEXOS..... | 243 |
| I- Revisión bibliográfica: Calidad de Vida Relacionada con la Salud..... | 243 |
| II- Revisión Bibliográfica: Esquemas Desadaptativos Tempranos..... | 254 |
| III- Revisión Bibliográfica: Percepción y Creencias sobre la enfermedad..... | 255 |
| IV- Revisión Bibliográfica: Estrategias de Afrontamiento..... | 259 |
| V- Formulario Socio Demográfico..... | 265 |
| I) DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS..... | 265 |
| II) DATOS DE SALUD..... | 266 |
| Tratamientos recibidos por el diagnóstico de cáncer actual..... | 266 |

| | |
|--|-----|
| DIAGNOSTICO..... | 267 |
| III) HISTORIA DE SALUD MENTAL..... | 267 |
| VI- CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (CEY-VR) Young & Brown [Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]..... | 268 |
| VII- IPQR- Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad..... | 271 |
| VIII- Brief COPE (Carver, 1997) Versión en castellano de Perczek, Carver, Price, y Pozo-Kaderman (2000)..... | 272 |
| IX- FACT-B (4 a Versión) Spanish (Universal) 18 June 2012 Copyright 1987, 1997 Page 1 of 3..... | 273 |
| X- CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 274 |
| Propósito..... | 275 |
| Selección de participantes..... | 275 |
| Procedimientos y Protocolo..... | 275 |
| Efectos secundarios, riesgos y/o molestias..... | 276 |
| Beneficios..... | 276 |
| Confidencialidad..... | 276 |
| Resultados de la investigación..... | 276 |
| Derecho a negarse o retirarse..... | 277 |
| A Quién Contactar..... | 277 |
| XI- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 277 |

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anómalo e incontrolado de células epiteliales de mama, ocasionada por alteraciones genéticas y epigenéticas (Peuker, Armiliato, Vital De Suza y Kern de Castro, 2015). A nivel mundial está considerada como una de las enfermedades que mantiene más alerta a las mujeres, por su alta incidencia y mortalidad, convirtiéndose en un tema clave para la salud pública.

En Uruguay, dentro de las patologías oncológicas es la de mayor prevalencia. Según cifras de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (en adelante: CHLCC, www.comisioncancer.org.uy), una de cada diez mujeres puede desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida. El Registro Nacional del Cáncer (2019) del período entre 2011 a 2015 reporta un promedio anual de 1.859 nuevos casos de cáncer de mama, equivalente a una tasa de incidencia de 72 personas por cada 100.000 habitantes. A su vez, reporta un promedio de mortalidad anual de 650 casos, equivalente a una tasa de 20,02 personas por cada 100.000 habitantes. El informe señala un descenso sostenido de la tasa estandarizada por edad de la mortalidad por cáncer de mama desde mediados de la década de los noventa. Se estima que el riesgo de desarrollar cáncer de mama en las mujeres incrementa como resultado del envejecimiento poblacional. La edad promedio de incidencia se ubica por encima de los 50 años y el número mayor de casos se da en el intervalo etario entre 60 y 70 años, por lo que es esperable que la prevalencia de cáncer de mama siga creciendo al aumentar la longevidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2008).

Las políticas preventivas desarrolladas en los últimos años y los programas de educación, en Uruguay, permitieron una mejor y más temprana detección de esta patología. Esto ha incidido tanto en los tratamientos como en el pronóstico y sobre todo en la sobrevivencia de las pa-

cientes. El cáncer de mama empieza a ser considerado una enfermedad crónica, por su evolución y la expectativa de supervivencia. Por este motivo, las mujeres con cáncer de mama integran el grupo de sobrevivientes oncológicas de género femenino más numeroso (Reich y Remor, 2011).

La literatura sobre el tema plantea acuerdos en considerar que los factores de riesgo que hacen a una persona susceptible de padecer cáncer en general y específicamente cáncer de mama son pluridimensionales (Torrealba, 2013). Dentro de estos se consideran los factores hereditarios y genéticos (oncogénesis), como son los antecedentes familiares de cáncer de mama, los factores bioquímicos y ambientales (el lugar en que se vive, el trabajo que se realiza, la exposición a radiaciones) y factores hormonales (la nuliparidad, la menarca temprana, la menopausia tardía, edad avanzada al primer embarazo y lactancia corta). Asimismo, se sostiene que inciden los estilos de vida (hábitos como el tabaco y el alcohol, las dietas altas en grasas y bajas en fibra, el sedentarismo, la obesidad, los hábitos sexuales) y la edad (a mayor edad, mayor probabilidad). Se han estudiado factores psicosociales como coadyuvantes, que involucran rasgos de funcionamiento psíquico, desencadenantes ambientales de estrés y modos de afrontamiento.

La relación entre aspectos psicológicos y los procesos de salud/enfermedad es una cuestión ampliamente sustentada por distintos autores (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Lieberman y Goldstein, 2006). Numerosos estudios intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. Estos se centran en torno a la relación entre: personalidad y cáncer, estados emocionales y cáncer, estrés y cáncer, o estilos de afrontamiento ante eventos estresantes y cáncer. Los resultados obtenidos, si bien no son concluyentes (Orjuela Sánchez, Pimás Torres, Culebras Fitó y Davidoch, s/f) señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se asocian tanto en la génesis como en la pro-

gresión y el pronóstico del cáncer. La importancia de estudiar la relación entre aspectos psicológicos y cáncer radica en la incidencia que tienen las conductas de cuidado y las reacciones frente a los síntomas, en la adherencia a las recomendaciones del tratamiento y en las expectativas futuras (Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012). Estos estudios han contribuido a conocer e intervenir oportunamente en la adecuación a la enfermedad, ajustando estrategias de tratamientos psicológicos para promover conductas de autocuidado e incidir en la reorganización vital.

A pesar de los avances científicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, este conlleva aún un alto grado de estigmatización —por considerarse una enfermedad que amenaza la vida— y genera un gran sufrimiento psicológico para quien lo padece, tanto como para las personas allegadas (Dapuetto, 2013; Die Trill, 2003).

El diagnóstico de cáncer enfrenta al ser humano con su vulnerabilidad. Este suele aparecer de modo disruptivo en la vida de la persona, generando una situación crítica y activando procesos de duelo oncológico. Dicha conmoción se anida en la representación social que se ha construido en torno al cáncer como enfermedad grave, seria, que altera la vida al enfrentar a la persona con su finitud. El diagnóstico opera como un suceso adverso que se desarrolla desde el interior del cuerpo, aunque no se lo reconoce como propio y produce una vivencia de amenaza vital que puede llevar al paciente a una situación de desorganización. La mayoría de los procesos oncológicos duran años y sitúan a la persona que los padece ante una sucesión de eventos que crean un entorno disruptivo (Benyakar, 2003), que comienzan con el diagnóstico, pasando por los tratamientos, los controles, hasta el final de la vida, operando como una marca («espada de Damocles»). Hay estudios que indican que entre el 35 % y el 38 % de los pacientes con cáncer desarrollan malestar emocional significativo (Carlson, Waller y Mitchell, 2012). En particular, algunos estudios muestran que es especialmente importante el malestar

emocional (principalmente la ansiedad y la depresión) que se produce en las etapas iniciales de la enfermedad (Faller, Schuler, Richard, Heckl, Weis y Küffner, 2013), en la fase de supervivencia aguda (el periodo entre el diagnóstico y los tratamientos oncológicos primarios) y en la fase de supervivencia extendida (periodo entre el fin de los tratamientos oncológicos y los primeros seguimientos de mantenimiento). Estas fases son las más críticas en el proceso de adaptación a la enfermedad y adherencia psicosocial a los tratamientos (Lam, Shing, Bonanno, Mancini y Fielding, 2012).

Esta investigación tiene como fin contribuir con el estudio de los procesos psicológicos que se desarrollan durante todas las etapas del tratamiento oncoespecífico. Se trata de un estudio descriptivo de los patrones de funcionamiento psicológico de las mujeres con cáncer de mama, de las creencias en relación a la enfermedad y de las estrategias de afrontamiento que estas utilizan. Se parte del supuesto que el cáncer como evento disruptivo genera un proceso en el que se activan patrones psicológicos, representaciones cognitivas y emocionales, estrategias de afrontamiento que pueden ser más o menos adaptativas a la enfermedad e incidir en la calidad de vida, el autocuidado y la recuperación (Bayés, 1991; Crespo y Cruzado, 1997; Stanton, Danoff-Burg y Huggins, 2002). Los patrones de funcionamiento son pautas relativamente estables que se van conformando a lo largo de la vida a partir de experiencias significativas y del relacionamiento interpersonal, en función de las cuales se interpretan los eventos vitales y se opera. Tales pautas de funcionamiento se activan asociadas a los modelos explicativos que construyen las mujeres a partir del diagnóstico, los síntomas y los cambios corporales (Álvarez, 2002; Weinman, Petrie, 1996). Estos modelos explicativos están conformados por representaciones cognitivas y emocionales sobre la patología, que incluyen información acerca de la identidad de la enfermedad, sus consecuencias, sus causas, su duración, sus síntomas y los tratamientos, así como una expectativa en relación a la cura (Beléndez, Bermejo y

García, 2005; Taylor, 2007). Los constructos que las mujeres elaboran en relación a la enfermedad pueden ser desde muy imprecisos e inadecuados hasta amplios, técnicos y completos. Su importancia radica en que influyen en las conductas de cuidado, en las reacciones frente a los síntomas, en la adherencia a las recomendaciones del tratamiento y en las expectativas futuras (Vinaccia, Quiceno, Remor, 2012). Una vez que una situación es percibida como disruptiva, se activan en las personas estrategias de afrontamiento en un intento de regular una posible crisis a nivel biológico, psicológico y social (Lazarus, 2012). Estas estrategias dependen de la relación entre aspectos personales y las exigencias del medio ambiente.

La metodología diseñada para llevar a cabo esta investigación se corresponde con los estudios descriptivos, correlacionales, de subtipo predictivo (Dankhe, 1986, en Fernández Collado y Dankhe, 1986). Se apunta a valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento. Se indaga la asociación y el valor predictivo que tienen, sobre esta variable de resultado, las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, los esquemas desadaptativos tempranos, las creencias y percepciones sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento (variables asociadas).

Se seleccionó una muestra de 228 pacientes en tratamiento por cáncer de mama, usuarias del sistema público de asistencia (Hospital de la Mujer, Instituto Nacional del Cáncer y Hospital de Clínicas). Los criterios de selección fueron no probabilistas e intencionales, con la finalidad de abarcar diferentes cualidades de la población (estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento, edad, situación familiar, laboral, nivel educativo).

Se realizaron entrevistas presenciales en las que se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

- un formulario de datos sociodemográficos y clínicos con el fin de valorar las características de la muestra;

- el Cuestionario FACT-B (4.^a Versión) para pacientes oncológicos, que evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en poblaciones adultas, adaptado al Uruguay.

- el Test de Esquemas Tempranos (Young Schema Questionnaire YSQ–CEY-VR) de Young y Brown, del cuestionario en su forma corta (YSQ–S3), adaptado al Uruguay, en su tercera edición traducida por Tineo (2008), para valorar los esquemas desadaptativos tempranos;

- el Cuestionario de percepción de enfermedad en su versión abreviada: (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-R) desarrollado originalmente por Broadbent, Petrie, Main y Weinman, (2006). La traducción al español fue desarrollada por Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick (2002) y validado a nivel lingüístico y psicométrico para población española (Pacheco-Huelgo, 2007), para valorar las creencias y percepciones en relación a la enfermedad;

- La escala Brief COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989), para evaluar las estrategias de afrontamiento en versión abreviada, ampliamente utilizada en investigaciones en salud.

Luego de valorar cada uno de los instrumentos y codificar los datos sociodemográficos se transfirieron los resultados a una matriz, utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, 2011). Se realizaron análisis descriptivos, análisis de estadística inferencial, análisis de regresión lineal múltiple y análisis de regresión jerárquica, incorporando todas las variables predictoras en pasos sucesivos, a los efectos de estudiar el peso relativo de cada una de ellas sobre la calidad de vida.

El estudio es complementario a otras investigaciones en el área de la psicooncología que han indagado sobre las estrategias de afrontamiento, las creencias y percepciones en relación a la enfermedad y la calidad de vida en población con cáncer de mama.

Especialmente en nuestro país es relevante contribuir con el incremento de producción académica en la temática dada la prevalencia de la enfermedad, los altos índices de sobrevivencia, así como las características diferenciales que tiene la patología mamaria por las particularidades culturales de la región.

Pero, por otro lado, esta investigación aporta conocimientos novedosos al incluir el estudio de los patrones de funcionamiento; vale decir, aquellos pensamientos y emociones referidas a sí mismas y a su relación con los demás que las mujeres activan durante la enfermedad, que se relacionan con las creencias sobre el cáncer de mama y con las estrategias de afrontamiento que utilizan.

La originalidad del estudio radica, por otra parte, en la combinación de los factores psicológicos escogidos, con el fin de determinar el peso que tienen cada uno de ellos en la valoración de la calidad de vida.

Plan organizativo de la tesis

La tesis está organizada en capítulos y a su vez en apartados dentro de cada uno de ellos. Posteriormente se ubican los anexos, donde se encuentran los instrumentos utilizados, las consideraciones éticas y consentimientos informados y las tablas ampliatorias de información.

En el primer capítulo se plantean los antecedentes de investigaciones específicas en la temática y el estado del arte al respecto de cada una de las categorías a investigar.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico utilizado para abordar el problema de investigación. Se plantean las definiciones de los grandes temas tales como: la psicooncología; el diagnóstico como evento disruptivo, potencialmente traumatológico; la vulnerabilidad psíquica y el proceso de duelo oncológico; la calidad de vida relacionada con la salud; los

esquemas desadaptativos tempranos; los modelos de regulación de creencias en salud y las estrategias de afrontamiento.

En el capítulo tres se desarrolla el problema de investigación, se formulan las preguntas que dan origen al estudio, los objetivos generales y específicos y las hipótesis elaboradas en función de los antecedentes y el estado del arte.

El capítulo cuatro trata de la metodología y la estrategia de investigación. Se explicita el diseño de investigación, las características del universo de participantes y la selección de la muestra. Se describen los instrumentos elegidos para recabar datos, los procedimientos utilizados, las consideraciones éticas y los tipos de análisis utilizados para valorar los datos.

El capítulo cinco trata de los resultados de investigación y se divide en dos grandes apartados: uno donde se describen las características sociodemográficas y clínicas de la muestra y otro referido a los resultados de las variables psicológicas estudiadas. Dentro de este último apartado se ubican los resultados y análisis referidos a calidad de vida, esquemas desadaptativos tempranos, creencias y percepciones de la enfermedad y estrategias de afrontamiento. Posteriormente, se presenta una discusión de los resultados de modo general.

En el capítulo seis se desarrollan las conclusiones en función de los objetivos planteados y las hipótesis de las que se partió.

El capítulo siete refiere a la aplicabilidad de los resultados a nivel académico y asistencial. Por un lado se plantean las nuevas perspectivas de investigación que se abren a partir de los resultados de este estudio. Por otro lado, se plantean sugerencias para mejorar las estrategias de intervención en el área de la psicooncología, contribuyendo con la mejora en la calidad de la asistencia a las mujeres con cáncer de mama.

CAPITULO 1

Antecedentes y Estado del Arte

Este capítulo se divide en dos apartados: en el primero se ubican los antecedentes con respecto a investigaciones en el área de la psicooncología en general y especialmente en Uruguay. En el siguiente apartado se presenta el estado del arte respecto a los hallazgos de los últimos diez años sobre las categorías conceptuales específicas de las que trata esta investigación: calidad de vida relacionada con la salud, esquemas desadaptativos tempranos, creencias, percepciones y estrategias de afrontamiento, referidas cada una de ellas a mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncoespecífico.

Antecedentes

La importancia otorgada a las variables psicológicas en la aparición y el desarrollo del cáncer es tan antigua como la historia de la Medicina. Ya Galeno, 150 años antes de Cristo, señaló que las mujeres melancólicas eran más susceptibles al cáncer. La medicina rusa de los siglos XVII y XVIII atribuía como causalidad del cáncer la pena prolongada. Snow, en 1893, concluye que «la pérdida de alguien cercano es un factor importante en el desarrollo del cáncer de mama y útero» (Snow, en Tamblay y Bañados, 2004, p. 44).

Desde el surgimiento formal de la psicooncología, en la década de los 90 (Holland y Murillo, 1998, en Die Trill, 2003), esta ha realizado contribuciones en dos dimensiones. Una dimensión *psico-biológica*, relacionada con las investigaciones sobre los aspectos psicológicos,

de comportamiento y sociales que pueden influir en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cáncer. Se han explorado los aspectos epidemiológicos y comórbidos entre la psicología, la psiquiatría y el cáncer. Se encuentran en esta dimensión las investigaciones referidas al papel de los afectos (negativos y positivos) en la causalidad de la enfermedad, ya sea activando el inicio o incidiendo en el mantenimiento del crecimiento celular incontrolado (Vázquez y Castilla, 2007). Se ubican aquí los estudios sobre los estilos de personalidad y su asociación a desarrollar algunos tipos de cáncer. En los últimos treinta años, numerosas investigaciones definieron un patrón de comportamiento, llamado *tipo C*, asociado al cáncer. Temoshok, (1987) le atribuye a este patrón ocho características descriptivas: 1) Vacilación entre la extrema intimidad y la extrema lejanía; 2) Evitación de la expresión de sentimientos; 3) Intento de controlar racionalmente; 4) Ansiedad relacionada con el presente o con los problemas por venir; 5) Evitación de la confrontación y agresividad; 6) Sentimiento pesimista sobre la vida; 7) Sentimiento de no tener el control y necesitar soporte, pero no aceptar ayuda de otros; 8) Autosacrificio y renuncia a las propias necesidades.

Anarte, López, Ramirez y Esteve (2000) coincidieron en las características de este patrón referidas al control emocional, la represión emocional y la excesiva comprensión del otro. Más recientemente, Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno y López (2006) también coincidieron en que el *tipo C* de personalidad reúne un modo de afrontamiento caracterizado por el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas (como la ira), el disimulo, la no expresión de dichas emociones y la capacidad para comprender a los demás; incluso aunque estos actúen en contra de los intereses del sujeto.

La otra dimensión a la que ha contribuido la psicooncología es la *psicosocial*, que hace referencia a los estudios sobre las respuestas emocionales, comportamentales y cognitivas del paciente, familiares y cuidadores en todas las etapas de la enfermedad. Son abundantes y di-

versas las investigaciones que han tomado como objetivo valorar el estado anímico de los pacientes con cáncer de mama. Kangas, Henry y Bryant (2002) plantean que entre el 5 y el 19 % de los pacientes, al ser evaluados mediante cuestionarios, cumplen criterios de trastornos por estrés postraumático. Los estudios de Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow y Hooke (2001) dan cuenta de una tasa de prevalencia de la angustia en los pacientes oncológicos de un 35,1 %. Carlson, Waller y Mitchell (2012) encontraron que entre el 35 % y el 38 % de los pacientes con cáncer desarrollan malestar emocional significativo. En particular, algunos estudios muestran que es especialmente importante el malestar emocional (principalmente la ansiedad y la depresión) que se produce en las etapas iniciales de la enfermedad (Faller et al., 2013), en la fase de supervivencia aguda (el período entre el diagnóstico y los tratamientos oncológicos primarios) y en la fase de supervivencia extendida (período entre el fin de los tratamientos oncológicos y los primeros seguimientos de mantenimiento). Estas fases son las más críticas en el proceso de adaptación a la enfermedad y adherencia psicosocial a los tratamientos (Lam et al., 2012).

Dentro de la dimensión psicosocial se ubican los estudios que otorgan relevancia a la valoración de la calidad de vida (Dapueto, 2013), así como también los estudios sobre las estrategias de afrontamiento que presentan mejores niveles de ajuste al cáncer y menores niveles de malestar (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) y los estudios sobre las creencias y percepciones referidas a la enfermedad, las conductas de autocuidado, de adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Moreno y Kern de Castro, 2005). En esta categoría se ubican también los estudios que incorporan un análisis sobre los cambios en el comportamiento y estado de ánimo de una persona después de un diagnóstico médico y los estudios sobre los factores psicológicos asociados al cáncer, como la presencia de niveles de estrés postraumático o desadaptativo, depresión, ansiedad, pesimismo (Carver, Meyer, Anthony, 2000).

Una tercera vía emergente de estudios en psicooncología es aquella que aborda los efectos de la enfermedad durante el período libre de esta, vale decir, una vez que culminaron los tratamientos oncoespecíficos. En este polo se encuentran las investigaciones que exploran, por ejemplo, el crecimiento personal a partir del afrontar el cáncer (Vázquez y Castilla, 2007).

En síntesis, los estudios en el campo de la psicooncología han sentado las bases de las distintas relaciones e influencias entre diferentes tipos de variables psicológicas (rasgos, dimensiones, estilos cognitivos, personalidad, entre otras), factores sociales (acontecimientos estresantes, sucesos vitales, actitudes sociales, entre otros) y el inicio, desarrollo y progresión del cáncer. Vale destacar que estos factores psicológico-sociales tienden a ser presentados como un elemento más en la multideterminación del enfermar, que pueden tener alguna influencia en el inicio, en el curso y posteriormente en la sobrevida.

El desarrollo de la psicooncología ha seguido el curso de los avances de la oncología en la detección temprana; los tratamientos cada vez más efectivos y la sobrevida de los pacientes.

En nuestro país, las investigaciones en psicooncología, y especialmente en el contexto del cáncer de mama, constituyen un área emergente.

De los trabajos publicados se encuentra el realizado por Varela, Caporalle, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann (2007). Estudiaron el impacto psicológico, los estilos de afrontamiento y la reacción emocional ante el segundo llamado confirmatorio de diagnóstico de cáncer de mama. Trabajaron con 377 mujeres y encontraron que las mujeres que finalmente recibieron el diagnóstico de cáncer demoraron en la segunda consulta, evidenciando respuestas pasivas de desesperanza. Estas mujeres utilizaron más frecuentemente un patrón de resignación como respuesta a la amenaza y una evitación activa de la consulta.

Otra de las investigaciones en el área, realizada por Buki, Reich, Sanabia y Larrosa (2013), abordó los conocimientos que tienen las mujeres uruguayas respecto a la salud de la

mama y del cuello de útero. Se plantearon identificar barreras y facilitadores para la realización de estudios de control (mamografía y papanicolaou). Encontraron que el 80 % de las encuestadas asociaba el cáncer con la muerte y no lo relacionaba con los hábitos de vida.

Por otra parte, Linares (2015) realizó un estudio en el que da cuenta de la incidencia que tiene el conocimiento sobre la detección precoz del cáncer de mama en las mujeres uruguayas. Concluye que estos guardan relación directa con las conductas de autocuidado.

Hay otros trabajos relevantes realizados por Reich y Remor (2011) y Dapuetto (2013) que se colocan en el apartado *Estado del arte*, por el nivel de especificidad en relación a este proyecto de investigación.

Estado del Arte

Calidad de vida relacionada con la salud y cáncer de mama

La psicooncología ha surgido con la inquietud de aportar calidad de vida a los pacientes oncológicos. Hay numerosos estudios que valoran la CVRS en mujeres con cáncer de mama y su relación con variables sociodemográficas, biomédicas, patrones de funcionamiento, cualidades psíquicas, creencias y percepciones en torno a la enfermedad, así como con las estrategias de afrontamiento.

De la revisión bibliográfica realizada de artículos publicados entre 2009 y 2019, utilizando las bases de datos Scielo y EBSCOHost, se seleccionaron aquellos estudios referidos a muestras de mujeres adultas portadoras de cáncer de mama en diferentes etapas de tratamiento. Luego de aplicar el procedimiento de filtros en sucesivas etapas (selección por títulos, resúmenes y texto completo), quedaron 23 artículos para el análisis a texto completo

(ANEXO I). Queda en evidencia que la CVRS en mujeres con cáncer de mama es un tema de interés para las ciencias de la salud.

De los trabajos analizados, 5 estudian la CVRS en las mujeres y su relación con diversas variables sociodemográficas. Se observan coincidencias en la asociación de aspectos etarios, nivel de escolarización, nivel socioeconómico y creencias religiosas con la CVRS. El apoyo socio-familiar aparece como variable favorecedora de la CVRS (Mera y Ortiz, 2012; Salas Zapata y Grisales Romero, 2010; Sat, Muñoz, Contreras, Balderas Peña, et al. 2011). Así también la satisfacción con la asistencia parece ser una variable que incide en la percepción de la CVRS (Dapueto, 2016; Pineda, Andrade y Montoya, 2017). Hay dos estudios que comparan la CVRS en usuarias del sistema público y de asistencia en instituciones privadas, encontrando mejor valoración de la CVRS en las pacientes del sistema privado.

Varios son los estudios que encontraron una relación significativa y positiva entre el estadio tumoral y la CVRS, en especial en la escala física (Dapueto, 2016; Finck, Barradas, Zenger, Hinz, 2018; Pineda, et. al., 2017; Sat, et al., 2011).

Se observaron coincidencias con respecto a que la CVRS, a nivel global, es valorada por las pacientes por encima de la media de las escalas utilizadas (Dapueto, 2016; López, Bergerot, Barbosa, et. al., 2018; Pineda, et. al., 2017; Recalde, Samudio, 2012). Estos valores descienden ante la quimioterapia (De Castro, Nunes, Marcondes, et. al., 2018) o ante la mastectomía radical sin reconstrucción (Bajuk, Reich, 2011; Gargantini, Casari, 2019; Reich, Remor, 2011). Por otra parte, a pesar que la valoración de la CVRS pueda ser buena, las mujeres perciben impactos negativos en aspectos tales como la percepción de vulnerabilidad, la preocupación por la salud, su imagen corporal (Gargantini, Casari, 2019; López, et. al., 2018).

Se encontraron varios estudios que asocian la calidad de vida con variables psicológicas tales como estrategias de afrontamiento (Atef-Vahid, Nasr-Esfahani, Saberi, et al., 2011;

Mera, Ortiz, 2012; Ocampo, Valdez, González, et. al., 2011). Algunos estudios encuentran mayores índices de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que reportan un empleo más frecuente del afrontamiento centrado en la emoción en general y de estrategias relacionadas con la religión en particular. Otros estudios relacionan CV con optimismo (Finck, et. al., 2018; Mera, Ortiz, 2012), resiliencia (Ocampo et al., 2011) y síntomas depresivos (Reich, Remor, 2011; Valderrama, Sánchez, 2018).

Con respecto a los instrumentos para valorar la calidad de vida, de las publicaciones analizadas una de ellas utilizó la pregunta abierta como instrumento y las restantes utilizaron cuestionarios. El FACT fue utilizado en 9 artículos, en 6 de ellos con el objetivo de validación de la escala. Se encuentran acuerdos sobre la solidez del instrumento, dada la buena confiabilidad y validez desde el punto de vista psicométrico para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama. En otros estudios se utilizó el EORTC (3 artículos), el QLQ C-30 (3 artículos), el WHOQOL (3 artículos) y el MOS -SF 36 en dos publicaciones.

Los estudios más relevantes encontrados en la búsqueda para esta investigación son los realizados en población uruguaya.

Bajuk y Reich (2011) indagaron en una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama la CVRS y concluyeron que el tipo de cirugía, así como el tratamiento recibido, tienen una importante incidencia en la calidad de vida de estas mujeres. Otro estudio de Reich y Remor (2011) examina la relación existente entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento, la sintomatología depresiva y su efecto sobre la CVRS. Estudiaron una muestra de 116 mujeres uruguayas diagnosticadas e intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama. Concluyeron que las mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente con posterior reconstrucción mamaria presentaron niveles significativamente menores de estrés percibido y síntomas depresivos, así como una mejor CVRS.

Dapueto (2013) es quien más ha trabajado en nuestro país sobre el constructo CVRS en pacientes crónicos y específicamente oncológicos. En los estudios realizados utiliza, para la valoración de la CVRS, el FACT-G. En ellos encontró que la única variable biomédica relevante como determinante de la CVRS global, y especialmente del bienestar físico, fue el estadio tumoral. Así también, que los pacientes con afecciones oncológicas locorregionales reportaban mejor calidad de vida que quienes presentaban enfermedades avanzadas, lo que concuerda con hallazgos de investigaciones a nivel internacional. Con respecto a la modalidad de tratamiento, encontró que la quimioterapia repercutía sobre el bienestar físico y emocional; la radioterapia, sobre la dimensión de bienestar social y familiar. La combinación de tratamientos (quimio-radio-hormonoterapia) no parece ocasionar un efecto significativo sobre la CVRS global ni sobre el bienestar funcional. También registró que, a largo plazo, el bienestar físico y emocional no depende tanto del tipo de tratamiento que la persona ha recibido para el cáncer, sino que depende en mayor medida del proceso del cuidado de salud. Vale decir que el tener la posibilidad de elegir entre distintos tratamientos y la percepción sobre los cuidados son las dimensiones que determinan a largo plazo mayor bienestar físico y mental, mayor satisfacción con los cuidados médicos y menor impacto de la enfermedad. El malestar psicológico globalmente considerado encontró que generaba un efecto significativamente negativo sobre la CVRS global y los dominios emocional y funcional. En su tesis doctoral, Dapueto incluyó la espiritualidad como un determinante de la CVRS, entendida como la búsqueda personal de significado, de un propósito en la vida, y las creencias en la dimensión trascendente de la existencia. El bienestar espiritual puede ser considerado ya sea como una manifestación de la fortaleza del yo, como una estrategia de afrontamiento que conduce a mejores evaluaciones de CVRS o como una consecuencia de una mejor CVRS. Supone que si una persona, a pesar de la presencia del cáncer, puede mantener la esperanza, la autoestima, el sentido de paz interior

y la fuerza de sus creencias espirituales, se puede considerar que ha logrado llevar adelante un proceso de afrontamiento exitoso.

En síntesis, se puede decir, a partir de los resultados de investigaciones recabadas en los últimos diez años, que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama es un constructo relevante para las ciencias de la salud. Dicho constructo está atravesado por diferentes factores entre los que se encuentra el estadio de la enfermedad, así como la edad de la paciente, el nivel socioeducativo y económico, el apoyo sociofamiliar, el estado anímico y la asistencia recibida. La ansiedad y depresión, el optimismo y la resiliencia inciden en la calidad de vida en general, así como las estrategias de afrontamiento y las creencias. La CVRS sufre variabilidad en función del tipo de tratamiento recibido, encontrándose en algunos estudios que disminuye durante la quimioterapia y frente a la mastectomía radical sin reconstrucción inmediata.

Se concluye que medir la calidad de vida ayuda a brindar información sobre la percepción de los pacientes acerca del impacto que tienen la enfermedad y los tratamientos en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, a través de la valoración del bienestar físico, funcional, emocional, social y espiritual.

Esquemas Desadaptativos Tempranos y cáncer de mama

Los estudios más recientes en relación al cáncer y la personalidad tratan sobre los patrones de funcionamiento psicológico de las mujeres con cáncer de mama; toman como referencia la noción de esquemas cognitivos (Beck, 1995), ampliada con los desarrollos de Young (1999, 2003) sobre esquemas desadaptativos tempranos (EDT).

Se realizó una revisión sistemática de artículos con los descriptores: «Cáncer de mama AND esquemas desadaptativos tempranos» que abarcó las publicaciones entre los años 2009 a

2019 en diversas bases de datos (Colibrí, Scielo, EBSCO, Timbó, Dialnet, Bvs, Science directo, Springer link, Esmerrald, Doab, Jstor, p@psic.com, Doaj). Luego de los procedimientos de selección aplicados se eligieron por su especificidad tres artículos. (ANEXO II)

El artículo de Ferrel, Peña, Gómez y Pérez (2009) hace referencia a un estudio descriptivo de la prevalencia de los EDT en pacientes diagnosticados con cáncer de la ciudad de Santa Marta, Colombia. El estudio abarcó 80 pacientes de tres centros asistenciales oncológicos. Utilizaron un diseño transeccional con muestreo no probabilístico intencional. Utilizaron el cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L2, y encontraron en la muestra el predominio de los siguientes esquemas en orden decreciente: Autosacrificio (30), Apego confuso (24), Metas inalcanzables (24), Deprivación emocional (23), Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (22), Inhibición emocional (22), Desconfianza (21), Abandono (20) e Insuficiente autocontrol (20). Valoraron los EDT en función de la localización del cáncer y encontraron que en las pacientes con cáncer de mama el EDT prevalente fue el de Autosacrificio, seguido por el de Apego confuso. Estudiaron la activación de los EDT según los rangos de edades, obteniendo que en los pacientes de 39 a 46 años prevalecen los EDT de Autosacrificio y Metas inalcanzables. En los pacientes de 47 a 54 años prevalecen los EDT de Autosacrificio e Inhibición emocional.

El otro estudio fue realizado por Sahar Amini, Mahboobeh Chinaveh Y Amin Allha Fazel (2015). Los investigadores compararon los resultados del test de EDT y el de distorsiones cognitivas en una población de 60 pacientes con cáncer del hospital Shiraz y otra de 60 pacientes sanos. Los resultados arrojaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con cáncer y el grupo control en la activación de los siguientes EDT: Deprivación emocional, Abandono, Fracaso, Dependencia, Apego inmaduro, Autosacrificio, Sometimiento, Metas ele-

vadas y Autocontrol insuficiente. No hubieron diferencias significativas en la activación de esquemas tales como: Aislamiento social, Vergüenza, Vulnerabilidad e Inhibición emocional.

También Chamorro y Poclin (2016) realizaron un estudio en Perú con una muestra constituida por 30 mujeres con cáncer de mama, cuyas edades oscilaron entre 22 y 69 años. Utilizaron el test de Esquemas de Young. Encontraron que el esquema predominante es el de Autosacrificio con un 96.7 %, por lo que concluyen que la necesidad central no cubierta de las mujeres con cáncer de mama fue la de libertad para expresar emociones y necesidades. Otros de los esquemas activos fueron el de Vulnerabilidad, Inhibición Emocional, Privación Emocional, Estándares Inalcanzables, Búsqueda de Aprobación, Aislamiento Social, Desconfianza y Abuso, Abandono, Fracaso, Dependencia y Sometimiento.

En síntesis, de la revisión bibliográfica realizada se desprende que si bien existen numerosas publicaciones sobre el tema EDT (más de 900 publicaciones en la búsqueda inicial), estas se han desarrollado fundamentalmente en el área de la psicopatología, el área clínica y de la validación del cuestionario. La relación entre la activación de EDT y patologías orgánicas, específicamente el cáncer, aparece como un área con escaso desarrollo y gran potencial.

Percepciones y creencias sobre la enfermedad de cáncer de mama

El estudio sobre las creencias y percepciones atribuidas al cáncer de mama ocupa el interés en el campo de las ciencias de la salud desde la década de los 80.

En la revisión del estado del arte realizada a partir de las publicaciones en bases de datos (Scielo, Colibrí y Redalyc) durante el período 2009-2019, utilizando las palabras claves: «cáncer de mama», «creencias» y «percepción» en español, inglés y portugués y los operadores booleanos OR y AND se encontraron 7.268 artículos. Luego de aplicar los procedimientos

de filtro y selección correspondientes al análisis de revisión bibliográfica se seleccionaron 10 artículos, que se describen a continuación (ANEXO III).

Dumalaon, Canaria, Hutchinson, Prichard y Wilson (2014) concluyen que las creencias sobre las causas del cáncer de mama entre las mujeres afectadas no siempre son consistentes con el juicio de los expertos. Encontraron que predomina la creencia de atribución del cáncer a los antecedentes familiares, factores ambientales, el estrés, el destino o el azar. El estilo de vida se identifica con menor frecuencia. Observaron que cuando predominan atribuciones causales centradas en aspectos incontrolables se activan comportamientos de evitación, mientras que cuando predominan atribuciones centradas en causas modificables y controlables se propician comportamientos orientados a enfrentar la afección.

También Peuker, Armiliato, Souza y Kern (2016) y Lizama, Rogers, Thomson, et. al. (2016) encuentran que las creencias sobre la enfermedad no se corresponden con los conocimientos académicos y además parecerían variar en función de aspectos sociodemográficos. Entre las causas destacadas por las pacientes predominan las psicológicas, como el estrés, problemas familiares y personales, así como la atribución a factores incontrolables externos. También plantean que cuando las atribuciones causales se asocian a factores incontrolables puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres, ya que se asocian con desajuste psicosocial y aumento de la angustia. Asimismo, estos dos estudios concluyeron que las atribuciones causales de las mujeres durante la enfermedad difieren de aquellas que dan las mujeres sin enfermedad.

Por su parte, Kaptein, Schoones, Fischer, Thong, Kroep y Van der Hoeven (2015) encontraron en sus estudios que las creencias y percepciones de riesgo con respecto a la enfermedad inciden en los comportamientos de autocuidado (relacionamiento con el equipo asistencial, uso de curanderos), la calidad de vida, el miedo a la recaída y la angustia.

Para Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) las mujeres con mejores niveles de apoyo social se identifican más fácilmente con las prácticas de autocuidado, así como la percepción de apoyo ayuda en la valorización de sí misma y de su vida.

Ribeiro, Peuker y Kern (2015) encontraron que una percepción desajustada de la enfermedad puede ocasionar ansiedad, depresión o distrés. Concluyen que a mayores síntomas de la enfermedad, menor percepción de control sobre la enfermedad y los tratamientos y menor coherencia. El ítem Identidad y duración aparece en estos estudios como predictores de distrés.

Otros estudios asocian los estilos de afrontamiento con la percepción de enfermedad. Kern, Lawrenz, Romeiro, et. al. (2016) encontraron que afrontamientos de tipo activo se asocian a una mejor percepción de enfermedad y bienestar emocional, mientras que los afrontamientos de tipo emocional se asocian con la percepción emocional de la enfermedad.

Varios de los estudios reportan una asociación entre percepción y creencias sobre la enfermedad y calidad de vida (Gercovich, López, Bortolato, et. al., 2012; Rozema, Vollnik y Lechner, 2009), concluyendo que cuando la percepción de enfermedad es amenazante en casi todas las dimensiones del instrumento IPQ, la CVRS es igualmente baja, y a la inversa. La dimensión de control (control sobre la enfermedad y control sobre el tratamiento) sobresale en los diferentes estudios como variable predictiva (Kern, Lawrenz, Romeiro, et. al. 2016; Mc. Corry, Dempster, Quinn, Hogg, et. al., 2013; Rozema, Vollnik y Lechner, 2009). Creer que se tiene la capacidad de controlar la enfermedad posibilita una percepción de la CVRS más favorable. Esta permite menor presencia de emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés), mejor uso de estrategias de afrontamiento y un uso adecuado y racional de los servicios de salud. La percepción de control sobre la enfermedad y el tratamiento hace que el paciente perciba el curso de la enfermedad con menor cronicidad, de forma más realista y optimista. Esto tiene

efectos en la eficacia de los tratamientos; el paciente percibe menos síntomas de dolor, se amortiguan los riesgos de la estigmatización social relacionados con la condición de enfermedad y ayuda a fortalecer las creencias positivas. Otra de las dimensiones que se encontraron significativas como predictivas de calidad de vida es la de durabilidad (Kern, et. al., 2016; Mc. Corry, et. al., 2013). Las mujeres reportan mayor angustia cuando tienen la convicción de que el cáncer durará mucho tiempo, que es una afección crónica, y a su vez consideran que los tratamientos no serán efectivos.

En síntesis, de la lectura de los artículos se concluye que la percepción y creencias sobre la enfermedad son constructos de gran valor que se investigan en las pacientes con cáncer de mama, por considerarlos variables relacionadas con la calidad de vida, el afrontamiento, el estado anímico y las prácticas de autocuidado. Las representaciones que construyen las pacientes sobre el cáncer y los tratamientos parecen jugar un papel importante en la salud percibida y en la evolución de la enfermedad.

Estrategias de afrontamiento y cáncer de mama

Las estrategias de afrontamiento vinculadas con enfermedades crónicas como el cáncer se han estudiado a partir de la década de los 90, siendo este un tema relevante para las ciencias de la salud y en especial para la psicooncología.

En la búsqueda bibliográfica de artículos publicados durante el período 2009-2019 realizada en las bases de datos (Psicodoc, Timbó, Scielo, Redalyc y EBSCO) se encontraron numerosos trabajos. Al aplicarse los filtros, en etapas sucesivas se seleccionaron para el análisis a texto completo 14 artículos (ANEXO IV).

Los artículos dan cuenta de la valoración de las estrategias de afrontamiento en diferentes momentos de la enfermedad. Martins Silva, Crespo y Canavarro (2012) comparan los estilos de afrontamiento en el momento de postcirugía, durante el tratamiento específico y luego de seis meses de finalizado el tratamiento oncoespecífico. Otros estudios investigaron el uso de las estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico (De Haro-Rodríguez, Gallardo-Vidal, Martínez-Martínez, et. al., 2014), la radioterapia (Mejorada, Tufiño, Sierra, et. al., 2013) y la quimioterapia (Da Silva, Zandonade y Costa Amorim, 2017).

Algunas investigaciones indagan la asociación entre las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas tales como edad, escolaridad, contexto familiar social. De Haro-Rodríguez et. al. (2014) hallaron que a menor edad las pacientes tienden a usar de modo más frecuente estrategias centradas en el problema. A su vez, descubrieron que un mayor nivel de escolaridad se asocia a mayor uso de reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional. En otros estudios, Mignorance, Arbinaga1, Carmona-Márquez y Bayo-Calero (2019) hallaron que las mujeres más jóvenes (46 a 52 años) utilizaban la aceptación y el humor desarrollando un afrontamiento activo.

Se encontraron estudios que asocian las estrategias de afrontamiento con variables como calidad de vida y optimismo (Mera y Ortiz, 2012), crecimiento postraumático (Martins, Silva, Crespo y Canavarro 2012), estrés (Jucá, Cândido, Lavinias, Moreira y Carvalho, 2013), autoestima (Martínez Brito, Camarero Forteza, López Llerena y Moré Soto, 2014; Mignorance et. al. 2019) y ansiedad (Da Silva, Zandonade y Costa Amorim, 2017).

Con respecto al tipo de estrategias utilizadas por las pacientes con cáncer de mama, las investigaciones no son concluyentes. Pero parecería que el apoyo social es una estrategia significativa que se relaciona con calidad de vida y optimismo (Martins, et. al., 2012; Mera y Or-

tiz, 2012; Moreno Martín, Gutiérrez Iglesia y Zayas García, 2017) y con autoestima (Martínez Brito, Camarero Forteza, López Llerena, Moré Soto, 2014; Mignorance, et. al., 2019).

En algunos trabajos se ha encontrado una asociación entre estrategias centradas en el problema y niveles bajos de estrés (Jucá, Cândido, Lavinás, Moreira y Carvalho, 2013), síntomas de ansiedad (Da Silva, et. al., 2017) o crecimiento postraumático (Martins, et. al. 2012).

Otros estudios encontraron asociación en el tipo de afrontamiento centrado en la emoción con afectación en la autoestima (Martínez Brito, et. al., 2014); síntomas depresivos luego de finalizado los tratamientos oncoespecíficos (Martins, et. al., 2012); niveles elevados de ansiedad (Da Silva, Zandonade, Costa Amorim, 2017).

La creencia en una religión aparece reportada por el 52 % de las mujeres que manifiestan altos niveles de estrés (Jucá, et. al., 2013).

Becerra y Otero (2013), en sus estudios de revisión de investigaciones, encontraron varios artículos en los que se registraba una tendencia al uso del estilo de afrontamiento centrado en la emoción y, en menor medida, al evitativo. También hallaron literatura que registraba mayores índices de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que reportaban un empleo más frecuente del afrontamiento centrado en la emoción en general y de estrategias relacionadas con la religión en particular. Encontraron en varios artículos una correlación directa y significativa entre la calidad de vida y el apoyo en la religión. Concluyen que el afrontamiento que emplea estrategias mixtas tendría mayores beneficios.

Castillo-López, Galindo Vázquez, Marván Garduño y Landa-Ramírez (2017) observaron en la literatura que el afrontamiento centrado en el problema se asocia con una mayor adherencia terapéutica, mejor adaptación ante la enfermedad y el tratamiento y mayor calidad de vida, así como percepción de autoeficacia, principalmente en los estadios iniciales de la enfermedad.

Por lo tanto, los resultados parecerían no ser concluyentes, en tanto los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la emoción podrían ser empleados con igual frecuencia. Esto sugiere que las mujeres emplearían más de una estrategia de afrontamiento de manera simultánea y que además, podrían combinar dichos estilos. Este resultado se apoya en la correlación que se encontró entre ambos estilos y los hallazgos de investigaciones realizadas en pacientes oncológicos (Brito, Forteza, Llerena y Soto, 2010).

En la búsqueda realizada también se encontraron estudios que valoran la fiabilidad del instrumento Brief-COPE para el análisis de las estrategias de afrontamiento (Mejorada y Ortiz, 2013; Vargas-Manzanares, Herrera-Olaya, Rodríguez-García y Sepúlveda Carrillo, 2010) concluyendo sobre la validez y consistencia específicamente para pacientes con cáncer de mama.

En síntesis, de la lectura de los artículos se desprende que las estrategias de afrontamiento son utilizadas para valorar las reacciones ante el cáncer de mama, en tanto se considera que dicha enfermedad desencadena una situación crítica. Con respecto al tipo de estrategias utilizadas por las pacientes con cáncer de mama, las investigaciones no son concluyentes. Se podría deducir que un afrontamiento efectivo dependería de una mayor amplitud del repertorio de estilos y estrategias.

CAPITULO 2

Marco Teórico

En este capítulo se desarrollan las categorías conceptuales que sostienen la investigación, para lo cual se organizan varios apartados. Se comienza ubicando el surgimiento y los desarrollos de la Psicooncología. A continuación, se plantea un modelo metapsicológico que permite comprender el impacto psicológico del diagnóstico del cáncer y las tramitaciones psíquicas posibles. Se ubica el cáncer dentro de las últimas caracterizaciones nosográficas de la psiquiatría y se trabaja la noción de proceso de duelo oncológico. Posteriormente, se desarrollan las categorías conceptuales objeto de la investigación, tales como Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Esquemas desadaptativos tempranos (EDT), Creencias y percepciones sobre la enfermedad y Estrategias de afrontamiento.

2.1 Psicooncología

El surgimiento de la psicooncología como especialidad da cuenta de una nueva concepción de los procesos de salud y enfermedad. La conjunción de disciplinas (psicología-oncología) marca un modo de entender estos procesos en el que los aspectos psicológicos y físicos se entrelazan. Dicha conjunción desafía el dualismo cartesiano sostenido durante siglos que ha instalado una concepción de ser humano compuesta por dos entidades: mente/cuerpo (Descartes, 1637/1988). Pero mucho antes que el dualismo cartesiano otorgara relevancia a la razón (la cosa pensante) por sobre el cuerpo (la cosa extensa), dicha dicotomía ha estado presente en el

pensamiento occidental desde la antigüedad griega. Hipócrates (460 a.C.) estableció una tipología de los temperamentos a partir de la relación cuerpo-mente sostenida en la teoría de los humores que fluyen en el cuerpo humano. Por su parte, Platón (429-347 a.C.) propuso una comprensión del ser humano compuesto por dos entidades: cuerpo y alma, de cuyo equilibrio resulta la salud, otorgándole relevancia al alma en la cura de las enfermedades corporales. A lo largo de la historia del pensamiento occidental se han ensayado diversos modos de relacionar dichas entidades cuerpo/mente, otorgándole valor jerárquico y subordinado a uno sobre el otro. Con el surgimiento de las disciplinas científicas en la modernidad se delimitan los objetos de estudio, que involucran campos de saber y dominios de poder. Se reparte el territorio del cuerpo para la medicina y el de la mente para la psiquiatría y la psicología. Como producto de la herencia cartesiana, la medicina ha tendido a ignorar lo mental, así como la psicología se ha desarrollado en gran medida ignorando el cuerpo.

Pero las problemáticas interrogan las disciplinas y sus fronteras. Mucho antes del surgimiento formal de la psicooncología, los fenómenos atribuidos al campo de lo psíquico y de la oncología estaban entrelazados en la cultura, siendo testigo de ello la literatura, el cine, el teatro, la música, tal como lo exponen Sontag (1996), Frank (1995) y Di Giacomo (1987), entre otros. De muy diversas maneras se ha vinculado el cáncer con determinados estilos de vida insalubres, con la presencia de eventos adversos en la biografía del paciente o bien relacionado a dificultades personales asociadas al inadecuado manejo del estrés y la expresión emocional (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009).

A nivel formal, la psicooncología surge en la década de los 90, un tanto retrasada al decir de Holland y Murillo (1998, en Die Triell, 2003). Tal retraso se ha debido, por un lado, al estigma construido socialmente ante el cáncer (asociado al dolor, sufrimiento y muerte) y ante las afecciones mentales (vinculadas a la locura). Por otro lado, como resultado de la hegemo-

nía de modelos médicos centrados en el órgano enfermo y en la asistencia. Estos modelos no tenían en consideración los derechos de los pacientes y por tanto estos no participaban en el plan asistencial, no se les comunicaba el diagnóstico ni los tratamientos. Esta hegemonía médica llevó así también a desestimar el valor de los fenómenos psíquicos y los desarrollos provenientes de campos de saber, como el psicoanálisis, que desde su surgimiento a principios del siglo XX buscó establecer una conexión entre los fenómenos psíquicos y físicos.

Entre los años 30 y 50, la influencia del psicoanálisis llevó a pensar sobre las causas de las enfermedades, dando lugar a la psicopatología psicoanalítica con los aportes de Franz Alexander en la década del 50 en Estados Unidos. Posteriormente, los desarrollos de Winnicott (1960), Mc Dougall (1991), Liberman (1982), Green (1990) y Marty (1995), entre otros autores internacionales, profundizaron en el funcionamiento psíquico de los pacientes psicopatológicos, logrando describir las características y los dinamismos internos al consolidar lo que han denominado *personalidad psicopatológica*. Estos trabajos no fueron valorados en el ámbito médico de la oncología, siendo cuestionados por sus métodos.

Una vez que el avance de la medicina permite que el cáncer empiece a ser tratado y a considerarse una enfermedad crónica, se da lugar en el ámbito de la salud a la preocupación por la calidad de vida de los pacientes durante los tratamientos. Surgen interrogantes en los equipos asistenciales por las demoras de los pacientes en consultar y el abandono de los tratamientos. Se comienza a ver que los factores psicológicos y psicosociales actuaban en la adherencia a los tratamientos y en la evolución, así como a relacionar los estilos de vida y los hábitos con la detección temprana y la prevención. Se empieza a otorgar relevancia a las conductas de cuidado referidas a la salud. Primero aparece entre los años 60-70, en EE.UU. y Europa, la psicooncología como una subespecialidad de la oncología. Una subespecialidad que se ocupa de los aspectos psicológicos, sociológicos y éticos de los pacientes con cáncer y sus familiares.

Se reconoce la influencia de los aspectos psicológicos y comportamentales en el riesgo de contraer la enfermedad, en la adecuación a los tratamientos y el bienestar psicológico en la evolución de la enfermedad. Aparece la demanda para que la psicología contribuya con la oncología, en el manejo de variables psicosociales que afectan a la persona enferma y a su familia. En ese contexto, Holland y Murillo (1998, en Die Trill, 2003) definen la psicooncología como:

Un campo que contribuye al cuidado clínico de pacientes y familiares, al entrenamiento de personal sanitario en el manejo de problemas psicológicos, ayuda en investigaciones acerca de problemas relacionados con el manejo de enfermedades psiquiátricas y psicológicas durante todo el tiempo que dure el tratamiento del cáncer, así como en las últimas etapas de vida (p. 21).

Posteriormente, en la década de los 80, la psicooncología deja de ubicarse como colaboradora del médico para constituirse en una subdisciplina dentro de la psicología. De ahí en más, según Middleton (2002), empieza a consolidarse su marco teórico junto con las investigaciones en el campo clínico. Los desarrollos de la psicooncología giran en torno a dos ejes: uno reactivo y otro proactivo. En el eje reactivo se ubican los desarrollos sobre las medidas de sostén de las personas con cáncer y sus familias (manejo del dolor, duelos, entre otros). En el eje proactivo, se ubican los desarrollos que apuntan a reconocer las variables vinculadas con los estilos de vida que pueden haber influido en despertar la enfermedad y contribuir a revertirla y por otro lado, aquellos referidos a la determinación de medidas preventivas.

Finalizando la década de los 90, la psicooncología empieza a aparecer ubicada en algunos países dentro de la Psicología de la Salud. Autores como Remor, Arranz y Ulla (1999) y Kern de Castro y Bornholdt (2004) plantean que la psicooncología utiliza los conocimientos de las

ciencias biomédicas, de la psicología clínica, de la psicología social comunitaria, siendo parte de la Psicología de la Salud.

El estado del arte actual sobre la psicooncología da cuenta de su enriquecimiento a partir de diferentes marcos conceptuales de la psicología, tales como las teorías comportamentales, cognitivas, sistémicas, gestálticas, psicodramáticas, psicoanalíticas y psicosomáticas, por nombrar las más relevantes. Pero también incorpora saberes de las llamadas ciencias de la salud: la medicina, la antropología, la sociología, el análisis institucional. El campo clínico plantea problemáticas que requieren, tal como lo formula Bernardi (1996), trabajar en las fronteras, conectando bordes porosos, construyendo desafíos que invitan al diálogo interdisciplinario. El verdadero debate radica en la relación que se puede establecer entre los distintos niveles de conocimiento que componen el campo clínico. Se hace necesario, para abordar las problemáticas de la clínica oncológica, un trabajo de construcción de puentes entre diversas disciplinas. A partir de ellos será posible establecer nuevas relaciones y producciones de sentido que incluyan las paradojas, las lógicas de múltiples sentidos. El campo de lo interdisciplinario no admite un objeto absoluto, universalizable, sino que es un campo de lo heteróclito y lo indeterminado. Dicho campo requiere, al decir de Bachelard, del trabajo con conceptos que «se difractan, interfieren, se deforman» (Bachelard, 1940, en Singer, 2002, p. 2). Esta perspectiva abre a epistemes regionales específicas al perfil y al objeto de cada ciencia. Un campo de problemas puede ser entonces abordado desde diferentes disciplinas, lo que no implica una homogeneización teórica, sino una definición precisa de términos circunscriptos a sus territorialidades que permitan trazar puentes, establecer cruces (Singer, 1998).

En resumen, desde sus inicios hasta la actualidad la psicooncología se ha dedicado a estudiar por un lado, la influencia de los factores psicológicos sobre el riesgo de desarrollar la enfermedad y la evolución de esta, así como también las reacciones psicológicas del paciente, su

familia y el personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. En la actualidad ese campo se ha ampliado, abordando también a aquellas personas que transitaron una enfermedad oncológica y se encuentran en período libre de enfermedad, los llamados *sobrevivientes* (Tamblay y Bañados, 2004). El cáncer dejó de ser una enfermedad asociada indefectiblemente con la muerte. Los pacientes han pasado de ser vividos o vivenciarse como víctimas, a ser valorados y posicionarse como luchadores en el tránsito por la enfermedad. Se ha observado que en el período libre de enfermedad emergen nuevas problemáticas, se intenta procesar, reabsorber el evento disruptivo y reorganizar la vida, al tiempo que se convive con la «espada de Damocles» que marca la vulnerabilidad humana.

En la actualidad, los desarrollos de la psicooncología sustentan una concepción integral del proceso de salud enfermedad, en la que lo psicológico y lo biológico se interrelacionan, componiéndose. La salud enfermedad es un concepto dinámico y complejo. No es posible tratar «enfermedades», sino a las personas que las padecen. Dicha complejidad cuestiona la frontera cuerpo-mente, que al decir de Bernardi (2002) implica trabajar en zonas de superposición, con el *cuerpo viviente* y el *psiquismo encarnado*.

La concepción integral tiene sus bases en el modelo biopsicosocial que se origina con Engel en los años 80. Tal como lo plantea Dapuetto (2016), este modelo permitió comprender, a partir de la teoría general de los sistemas, la interacción en los procesos de salud y enfermedad de múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, ambientales. A su vez, cuestionó el lugar de poder y saber del médico y el equipo asistencial, generando una relación médico-paciente más horizontal y participativa.

Luego de casi 40 años en funcionamiento, ese modelo ha ido superando algunas de sus carencias con la incorporación de los derechos de los usuarios y la preocupación por la atención, a través de la mejora de la calidad de los cuidados en salud. Para ello, los cuidados co-

menzaron a hacer foco en el paciente y no en la enfermedad. Berwick (2009) ha definido el cuidado centrado en el paciente como: «...la experiencia de transparencia, trato personal, reconocimiento, respeto, dignidad, elección en todos los asuntos sin excepción, relacionados con una persona y sus circunstancias vinculadas al cuidado de la salud» (p. 555).

En síntesis, la psicooncología como interdisciplina (Lolas, 2015) se sostiene entonces en un modelo biopsicosocial cuyo objeto ha dejado de ser la enfermedad (propia del modelo biomédico) para tomar como objeto el paciente y la familia (con su biografía y condiciones socio-históricas) y el equipo asistencial (con las dimensiones institucionales y organizacionales que lo componen). Se trata de una interdisciplina que hace foco en el bienestar y la seguridad del paciente ante todo. Tiene como fin brindar atención continua basada en una relación asistencial participativa en los cuidados, considerando las necesidades, los deseos, las perspectivas y experiencias individuales. Al mismo tiempo, busca incrementar la comunicación y la comprensión en la relación equipo asistencial/paciente/ familia.

Es tiempo que la psicooncología incorpore otro movimiento que le permita desplazarse del foco colocado en la enfermedad (el paciente, familia, cuidadores) para incluir la dimensión positiva que aporta la salud comunitaria, posicionándose desde el paradigma de la salud pública (Saforcada, Moreira, 2014). De esta forma, podría aportar a la comprensión de las dimensiones ecosistémicas de la salud, implicando el contexto de Poder y del Estado en los determinantes de la salud. Adoptar un modelo social expansivo que promueva la salud, sin desatender la enfermedad, requiere consolidar un movimiento que coloque a la comunidad, no como colaboradora de los profesionales de la salud, sino como partícipe de la toma de decisiones. En ese sentido, las investigaciones en el campo de la salud, a partir de las cuales se recoge la perspectiva de los colectivos, son semillas fértiles que dan lugar a este movimiento.

2.2 El impacto psicológico del cáncer y las tramitaciones posibles

2.2.1 El diagnóstico de cáncer como evento disruptivo

El diagnóstico de cáncer construido desde la disciplina médica otorga identidad a la enfermedad, legitimando el malestar, el sentirse enfermo, y construye al mismo tiempo un sujeto: *el paciente oncológico*. Junto con el diagnóstico se abre un mundo de significaciones que el cáncer tiene en nuestra cultura, se activan los imaginarios sociales referidos a él, las experiencias biográficas y las próximas, los temores y fantasías singulares. Las enfermedades, especialmente aquellas percibidas como incurables, en diferentes tiempos y escenarios culturales se han asociado a metáforas diversas. Tal como plantea Green (1990), la propia noción de límite a la que enfrentan algunas enfermedades crea el terreno propicio para la conformación de metáforas. Las metáforas no son estáticas, sino unidades lingüísticas que transportan sentidos, contienen la marca de lo transformativo y producen nuevos sentidos. El cáncer ha estado asociado a la muerte y al escenario bélico. El lenguaje que rodea a los tratamientos refiere a lucha, batalla, ataque, bombardeo, reducción, bloqueo, etcétera, posicionando al paciente como una víctima o combatiente. Estas metáforas sobre el cáncer están constituidas por cadenas de significantes cuya significación no es absoluta, sino singular, y potencia la multiplicación de sentidos.

En gran medida, a pesar de todos los avances en la medicina, en los tratamientos y en las posibilidades de remisión oncológica persiste el significado que lo asocia al dolor, al deterioro y la muerte. Este imaginario sigue siendo hegemónico, si bien han comenzado a aparecer en este proceso dinámico de transformaciones otros significados asociados a la sobrevivencia. Aun cuando estos nuevos sentidos no le quitan el carácter límite a la enfermedad, colocan en el horizonte la posibilidad del desafío y construyen un sujeto pasible de ser vencedor. Las me-

táforas, al decir de Singer (2002), operan en dirección a la potenciación de sentido, permiten generar anudamientos e inscripciones de sentidos en un proceso de figuración ante aquello vivenciado como una experiencia límite, un vacío, tal como lo es la muerte.

Desde un modelo de abordaje psicoanalítico, el diagnóstico se presenta, al decir de Benyakar, Lezica, (2006), como un evento de la realidad material que por sus cualidades se constituye en disruptivo en tanto altera una cierta homeostasis. El diagnóstico opera como un fenómeno que viene del exterior, no solo porque es aportado por el médico sino porque se lo vive como externo al psiquismo y tiene la potencialidad de discontinuar, desorganizar o desestructurar la vida. Los eventos disruptivos (Benyakar y Lezica, 2006) presentan una alta potencialidad traumatogénica o traumática. Tienen la cualidad de alterar el funcionamiento psíquico habitual por ser imprevistos, atacar el sentimiento de confianza, aportar elementos novedosos difíciles de interpretar o codificar, amenazar la integridad física y distorsionar la vida cotidiana. El diagnóstico médico revela un saber sobre el cuerpo del paciente que este no reconoce como propio, por lo menos al inicio. A pesar que la enfermedad está alojada en el cuerpo, en el soma, este es percibido exterior al psiquismo. Esta percepción de extrañeza se ve reforzada, además, porque el cáncer de mama en general no presenta síntomas, salvo en algunas ocasiones la percepción de un bulto. El diagnóstico entonces opera como un evento distónico que desestabiliza, exigiendo esfuerzo de metabolización. Los eventos disruptivos ponen a prueba la integridad del narcisismo, la vulnerabilidad y la capacidad de resiliencia. Se podría decir que el diagnóstico genera rupturas identitarias y desencadena sucesivas pérdidas que marcan un antes y un después, al confrontar a la persona con la finitud.

Por otra parte, al diagnóstico como evento disruptivo le sucede un entorno disruptivo (Benyakar, 2003), en tanto las reglas de juego que sostenían la vida cotidiana se alteran, se interrumpen las rutinas y se adquieren otras. En este entorno reina la incertidumbre, la descon-

fianza vinculada a los tratamientos y los nuevos escenarios en los que el equipo asistencial pasa a organizar la vida. El después está caracterizado por una fase de medicalización en la que predominan los estudios, los tratamientos, los controles que se extienden en el tiempo. También los tratamientos oncoespecíficos y sus efectos secundarios suelen ser vividos como amenazantes. El cuerpo soporte de la organización psíquica se percibe amenazado. Pero por sobre todo se genera un estado de inseguridad, de incertidumbre y de dependencia para con el equipo asistencial.

2.2.2 Tramitaciones psíquicas posibles del evento disruptivo

Los diversos modos de procesar las situaciones disruptivas pueden ir desde reacciones adaptativas, defensivas, hasta otras que desencadenan vivencias de estrés, ominosas o traumáticas, dependiendo de que generen en el psiquismo *desestabilización, desregulación o desarticulación* entre la representación psíquica y los afectos (Benyakar y Lezica, 2005). El vivenciar es una actividad psíquica que admite formas diversas, patógenas o saludables en función de las posibilidades de articulación (afecto-representación) y de los procesos de elaboración, o no, que tengan lugar. Estos diversos caminos estarían dados por ciertas condiciones del funcionamiento psíquico.

Dichas condiciones del funcionamiento psíquico se pueden comprender desde una perspectiva metapsicológica psicoanalítica contemporánea que incorpora una tercera tópica (Zonis, 2016). La conceptualización de una tercera tópica permite tener en consideración un inconsciente heterogéneo en el que coexisten tres dinamismos: la represión (que determina qué accede y cómo a la conciencia), la escisión (que determina el predominio de aquello expresable o propio del orden somático y del acto) y la dinámica vinculante que articula lo representable y la riqueza fantasmática con lo que se encuentra escindido. Dicho enlace permite

pensar la articulación cuerpo-psiquismo y su constante recursividad. Con esta conceptualización se da lugar a una perspectiva psicosomática que permite estudiar cómo y por qué aumenta o disminuye la vulnerabilidad de un sujeto a que su cuerpo enferme, así como entender la tramitación y resolución de los procesos de salud enfermedad.

Aquello que no logra ser mentalizado, según Green (1993) lo negativo, aquello que no es cognoscible, puede causar efectos a través de la puesta en acto o de las somatizaciones. Lo irrepresentable del inconsciente es para Green lo negativo, no en el sentido de ausencia o vacío, sino como una presencia que impide en su escisión la ligazón con la representación, la mentalización.

Según Zukerfeld y Zonis (2006), el funcionamiento mental (sea de riesgo o protector) se explica a través de un modelo tridimensional compuesto por: 1) los recursos yoicos (afrentamientos y mecanismos de defensa), 2) el funcionamiento psíquico global (la actividad fantasmática, la capacidad de simbolización y mentalización) y 3) la vincularidad (la vivencia de sostén, historia de apego dada por la calidad de los vínculos significativos existentes e interiorizados). Esta conceptualización del funcionamiento psíquico con una tercera tópica abre la posibilidad de movimiento en los posicionamientos subjetivos, permitiendo entender el tránsito de la vulnerabilidad al desarrollo resiliente.

Entonces, ante lo disruptivo del diagnóstico de cáncer se podrían plantear diversas alternativas de tramitación. La eficacia patógena del evento y/o entorno disruptivo se valora considerando las tres dimensiones expuestas anteriormente. El diagnóstico instala, al menos temporariamente, una situación crítica que puede operar como un factor precipitante de procesos traumatológicos o de procesos con potencial reconstitutivo que, tal como plantea Singer (2019), sería capaz de potenciar procesos desorganizativos u organizativos.

El funcionamiento vulnerable se presenta en situaciones en las que se conjuga una pobreza en las tres dimensiones (recursos yoicos, funcionamiento psíquico global y vincularidad). Al decir de Zuckerman y Zonis (2006, en Benyakar y Lezica) la vulnerabilidad remite a subjetividades con un funcionamiento cristalizado, propio del *inconsciente escindido* (p. 112). La vulnerabilidad va a depender de los antecedentes de eventos disruptivos tempranos y tardíos, las condiciones de vida y las características de la red vincular intersubjetiva con valor de sostén identificadorio. En estas condiciones se pueden activar vivencias traumáticas no evocables. Las vivencias traumáticas emergen cuando el evento disruptivo genera un destino obstructivo, de forma tal que produce un corte en la función de articulación de la experiencia. El psiquismo no logra asimilar el evento, apropiarse, por lo cual este queda desligado, como un hecho no elaborado. En estas situaciones, ante el evento fáctico se activa una angustia masiva que no permite la metabolización, quedando como un *introducido* (Benyakar y Lezica, 2005). Este *introducido* no es expulsado y tampoco integrado; queda en el interior en estado de exterioridad, encapsulado, obstruyendo el proceso de elaboración. Dicho funcionamiento ante el evento disruptivo del diagnóstico no posibilita un proceso de mentalización del dolor a partir del cual este adquiera sentido, sino que queda instalado como «injuria narcisista», dado el predominio de mecanismos de escisión que no permite conectar el afecto con la representación (Zuckerman, 2015). En estas situaciones se instala una vivencia traumática, un exceso que no puede ser integrado.

Tales fenómenos tienen lugar cuando predominan en la biografía del sujeto vivencias de desamparo y desvalimiento. En tales circunstancias de vulnerabilidad se da también un predominio de la memoria emocional, una vida fantasmática precaria, la tendencia a la descarga y un yo con carencias de recursos para elaborar duelos y recurrir a estrategias de afrontamiento adecuadas.

En estas situaciones, donde predomina un funcionamiento psíquico escindido, una alternativa de tramitación de lo disruptivo ante la vulnerabilidad somática es generar un funcionamiento sobreadaptado, en el que se manifiesta una adecuación exagerada a las demandas que reniegan la realidad interna. Esta armadura sobreadaptativa pone en evidencia fallas en el proceso autoregulatorio. Este tiene lugar en personas que presentan una vida fantasmática pobre, con dificultades para elaborar los duelos y transformar creativamente el daño, desarrollando una posición subjetiva aquileica, según Zukerfeld (2015), en alusión al mito de Aquiles (el invulnerable/vulnerable).

Antes de estos desarrollos metapsicológicos psicoanalíticos, Liberman (1982) se había referido a la sobreadaptación como el funcionamiento de base de los típicos pacientes psicósomáticos. Según dicho autor, la sobreadaptación implica la tendencia a la postergación y desestimación de las señales provenientes del mundo emocional y del cuerpo. Al no integrarse los estímulos que parten del cuerpo en el procesamiento psíquico, resulta preeminente la exterioridad sobre la interioridad psíquica. De esta forma no se logran tramitar los conflictos como intrapsíquicos, sino que se depositan a nivel interpersonal. La sobreadaptación, para Liberman (1982), aparece como una pauta de funcionamiento atribuida a circunstancias del desarrollo tales como deficiencias en las relaciones tempranas con el cuidador, que generaron una huida hacia la adultez, adquiriendo un funcionamiento pseudomaduro. Estos modos de procesar los eventos suponen la presencia de sujetos con un yo frágil y desorganizado, carentes de capacidad de elaboración psíquica, con dificultades para reconocer emociones, pero que pueden ser muy eficientes y talentosos a costa de poca espontaneidad y muchas dificultades en el contacto interpersonal. Estas personas tienden a presentar escasa capacidad de mentalización, utilizan un pensamiento operatorio y manifiestan alexitimia. Otros autores, antes que Liberman, ya habían registrado dinanismos similares y han denominado a este tipo de funcionamiento

«falso self» (Winnicott, 1960) o personalidad «como si» Deutsch (1942). Con estos términos, los diferentes autores buscan dar cuenta de una fragilidad psíquica que alude a la posibilidad de derrumbe o debilidad. Procesos psíquicos con cualidades similares son los que ha desarrollado Green (entre otros autores) dentro de los llamados estados límites, en los cuales el clivaje, lo irrepresentable y la pulsión de muerte adoptan un predominio sobre la represión, la representación y la pulsión sexual (Green, en Singer, 2019).

De acuerdo a Fossa (2012) se podría decir que no todo falso self, personalidad sobreadaptada o personalidad «como si» generará una patología somática, sino que puede transitar con esa armadura durante la vida; pero toda patología somática necesariamente tiene algunas de estas constelaciones caracterológicas en su base.

En síntesis, la vulnerabilidad para Zukerfeld (2015) es una condición de probabilidad de generar respuestas disfuncionales, sean estas de orden somático o comportamentales. Dicha vulnerabilidad depende del funcionamiento mental, los recursos del yo, la historia acumulada de acontecimientos que produjeron traumas, la percepción subjetiva de bienestar o calidad de vida y la cualidad de sostén de la red vincular.

Otro de los modos fallidos de tramitar el evento disruptivo en personas con un predominio de funcionamiento psíquico escindido es la *paraadaptación* (Zukerfeld y Zonis, 2006). En esta circunstancia la persona no logra generar un funcionamiento psíquico que le permita diferenciar entre realidad interna y externa. Se apela, como modo de elaboración, a la creación de neorealidades que generan una vivencia traumática en la que predomina la desmentida y la confusión.

Cuando las alternativas de tramitación del evento disruptivo tiene lugar en personas con una buena capacidad de simbolización, mentalización, con caudal representacional, un buen funcionamiento psíquico global, buenos recursos yoicos y vincularidad, se favorece la posibi-

lidad de un destino elaborativo ante la adversidad. Tal camino acontece cuando existen recursos en las tres dimensiones aludidas y permite un desarrollo resiliente, a partir del que la persona sale transformada creativamente luego del evento disruptivo. En tales situaciones lo disruptivo tiene la potencia de ser elaborado, generar vivencias de estrés y activar procesos que van de la desadaptación a la adaptación activa. La puesta en juego de un proceso de adaptación activa (Zuckerfeld y Zonis, 2006 en Benyakar y Lezica) implica el reconocimiento del evento adverso y de la propia realidad interna, así como la posibilidad de realizar acciones para transformar la situación y procesarla aloplásticamente. Estos procesos de autorregulación psíquica permiten la integración del evento, su elaboración y el pasaje al registro de la experiencia. De esa forma se transita por procesos de duelo, adaptativos, en los que se liga el afecto con la representación. Pueden sucederse concomitantemente con situaciones de angustia, pero el despliegue de diversos recursos permite recuperar la homeostasis. En estos casos las personas apelan a recursos protectores tales como una rica vida fantasmática, que le permiten transformar la realidad y realizar un uso fluido de variados modos de afrontamiento, predominando una posición subjetiva resiliente.

Dicho de otro modo, se podría suponer que dichas subjetividades afrontan de modo saludable el evento, dando cuenta de cierta capacidad de resiliencia que le permite sobreponerse y salir fortalecido o transformado (Grotberg, 2001). La resiliencia refiere a cierta resistencia al choque y a la capacidad de recuperación. A las personas resilientes se les asigna atributos tales como capacidad de introspección, independencia, iniciativa, humor, capacidad de relacionamiento, creatividad, moralidad y autoestima.

Para el psicoanálisis la resiliencia es:

...producto de la activación de un potencial que implica funcionar en proceso terciario, es decir con la fluidez libidinal necesaria para la creación de condiciones

psíquicas nuevas que capturen y transformen el efecto traumático con la imprescindible existencia de vínculos intersubjetivos (Zukerfeld y Zonis, 2006 en Benyakar y Lezica 2006, p. 129).

Pero también a partir de las *vivencias de estrés* se pueden desencadenar procesos desadaptativos, sintomáticos, que distorsionan la articulación entre el afecto y la representación, aunque no generan un corte. En estas situaciones los recursos yoicos son escasos, pero se cuenta con una buena capacidad de simbolización, se da lugar a una tramitación neurótica en la que se manifiestan niveles de conflictividad intrapsíquica que permiten rehuir de la realidad refugiándose en la fantasía. Se pueden generar vivencias de estrés, atravesar etapas de duelo en las que se intenta procesar el evento con mayores o menores conflictos, padecimiento y/o síntomas, pero con recursos que permiten resignificarlo, tales como recursos imaginarios y la construcción de narrativas a partir de este. Estos modos de resolución de tipo neurótico presentan un funcionamiento psíquico a predominio del inconsciente reprimido y no del escindido, como ocurre en la sobreadaptación o en la paradaptación.

Por otra parte, en ocasiones, ante el evento disruptivo del cáncer y sus tratamientos, se instala una amenaza que puede producir una vivencia siniestra, ominosa, que desregula la articulación entre la representación del cuerpo y el afecto concomitante. Se genera una sensación de extrañeza provocada por la relación discordante con un cuerpo que si bien se sabe como propio, no se lo percibe como familiar. De este vivenciar puede devenir un desarrollo resiliente o terminar en una vivencia traumática, de acuerdo a los parámetros planteados anteriormente.

En síntesis, estas serían las posibilidades de tramitación más o menos exitosa o más o menos fallida ante los eventos disruptivos, que desencadenan vivencias de estrés, ominosas o

traumáticas en función del predominio de factores de riesgo o protectores, de vulnerabilidad o resiliencia.

Por otra parte, así como no todos los sujetos vulnerables enferman, no todas las personas enfermas son vulnerables desde el punto de vista psicológico. Pero sí se puede sostener que en el desarrollo de una enfermedad intervienen factores psicológicos que dependen del funcionamiento psíquico.

Las pacientes con cáncer de mama, desde esta conceptualización metapsicológica, son pacientes clínicamente psicósomáticas. En ciertos aspectos el cuerpo se encuentra dissociado de la mente, presentan una vulnerabilidad somática; muchas pacientes podrán desarrollar un funcionamiento del tipo escindido con vivencias traumatogénicas. En ese sentido, el cáncer puede ser pensado como un síntoma, entendido este como esbozo figurativo o potencialmente generador de significancia (Singer, 2019). Algunas mujeres podrán evidenciar un funcionamiento sobreadaptado, con mayor acomodo a las exigencias de la realidad, así como tender a negar las emociones y evidenciar un self corporal sojuzgado. Otras podrán tener un funcionamiento psíquico con recursos protectores que le permitan metabolizar las vivencias de estrés u ominosas que genera el evento disruptivo del cáncer. De forma tal que será la condición psíquica, el modo de funcionamiento mental, los recursos yoicos, las redes de sostén, las que permitan pasar de la vulnerabilidad a la resiliencia. En tanto entre vulnerabilidad y resiliencia puede darse un continuo, cabe la posibilidad de movilidad y pasaje de una vulnerabilidad somática sintomática a una vulnerabilidad asintomática y esta generar una reintegración homeostática y resiliente. El vector del apego seguro (el grado y la calidad del sostén percibido) es aquel que permite pasar del polo vulnerable al resiliente, de una posición subjetiva a otra, aún ante una enfermedad grave.

Según Zonis (2016), estos movimientos en los posicionamientos subjetivos se pueden explicar a partir de la tercera tónica, modelo que, como se planteaba al inicio del apartado, permite concebir un proceso terciario que relaciona representación y escisión.

Esta metapsicología psicoanalítica incorpora para los fenómenos psíquicos movimientos progredientes y regredientes (Green, 1998), admite movilidad y fluidez en el modo de procesar los eventos en una misma persona. Tal como plantea Singer (2019), estas conceptualizaciones introducen las situaciones críticas al lado de las organizaciones estables, permiten pensar una psicopatología no necesariamente categorial, le otorgan a lo patológico un lugar en la vida cotidiana y permiten reintroducir el factor externo como precipitador de procesos críticos y o reconstitutivos.

2.2.3 Perspectiva desde la nosología psiquiátrica norteamericana

Desde otro punto de vista, la nosología psiquiátrica norteamericana con una perspectiva descriptiva ha caracterizado los tipos de desórdenes psicopatológicos y generado diversas categorías diagnósticas que va actualizando periódicamente a lo largo del tiempo.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales —DSM IV— (American Psychiatric Association, 1995) incluyó al cáncer (entre otras patologías graves) como hecho traumático, entendiendo como tal una experiencia extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física y ante la que se responde con temor, desesperanza u horror de modo intenso. Incorpora a partir del hecho traumático el Trastorno por Estrés PostTraumático (TEPT). Posteriormente, en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se reformula el criterio clasificatorio, generando repercusiones en el campo de la psicooncología. El cáncer pasa de ser considerado un fenómeno traumático a ser entendido como un fenómeno estresante simple, por lo cual la respuesta asociada se podría considerar como adaptativa o desadaptativa.

tiva. Al redefinirse el cáncer como un factor de estrés, este en algunos casos puede ocasionar un Trastorno por Estrés Agudo y en otros casos muy específicos generar trastornos de Estrés PosTraumático (TEPT).

Para esta concepción nosográfica, todos estos trastornos tienen como causa el estrés y se diferencian en el tiempo de aparición luego del evento y en la duración del cuadro.

2.2.4 Proceso de duelo oncológico

Para muchos autores, el diagnóstico de cáncer da inicio a una situación de crisis que exige afrontar sucesivos cambios y reorganizarse (Sumalla, Ochoa, Maté, Gil y Pous, 2012). Ante esa situación crítica hay diversos autores que describen que algunas pacientes entran en un estado de shock, dado por la imposibilidad de integrar el evento adverso a una cadena de significantes y articular los afectos con las representaciones. En condiciones psíquicas donde funcionan mecanismos de autorregulación, es posible que en algún momento se inicie un proceso de metabolización que algunos autores llaman “proceso de duelo oncológico”. Si bien este proceso puede iniciarse con el diagnóstico, se reactiva con cada uno de los tratamientos oncoespecíficos (Cruz Hernández, del Barco Morillo y Suárez-Bárcena (2007) que llevan a confirmar la enfermedad. Los tratamientos oncológicos duran un largo tiempo ocasionando muchas veces malestar y dolor. Las pacientes pueden verse expuestas a sucesivas situaciones de cambios corporales generadas por los efectos secundarios de los tratamientos tales como el adelgazamiento, la pérdida de cabello o de uñas, las alteraciones en la sensibilidad gustativa y olfativa. A su vez, muchas veces estos mismos tratamientos ocasionan alteraciones funcionales de tipo digestivo, intestinal, disminución de la libido o cansancio que hacen difícil sostener su continuidad. Incluso cuando cesan los tratamientos oncoespecíficos el paciente se enfrenta a una etapa de reorganización vital en la que predomina la incertidumbre, el temor a la recidiva («la

espada de Damocles»), y la percepción de inseguridad a veces es mayor, en tanto los apoyos del sistema sanitario en esa etapa se espacian.

Algunos autores han descrito el proceso de duelo oncológico caracterizando sucesivas etapas como parte de un proceso normal ante una situación crítica. Valencia Lara (2006) plantea que la primera etapa del duelo oncológico se caracteriza por la negación, en la cual al evento no se lo reconoce como propio sino que se lo vive con ajenidad. Se rechaza la representación, se experimenta cierta desconexión o anestesia emocional.

Posteriormente, se sucede una fase de confusión en la que hay un reconocimiento del evento adverso que genera conflictos y síntomas. Se exteriorizan estados de ansiedad, angustia, irritabilidad, alteraciones en el sueño y actividades cotidianas, propios del desajuste que se procesa. En ese proceso pueden tener lugar actitudes de negociación que dan cuenta de un reconocimiento de la situación y de un intento de mantener el control sobre ella. La persona que logra tomar decisiones sobre los tratamientos recupera autonomía y mantiene una actitud activa, que le permite no quedar exclusivamente centrada en las pérdidas.

En situaciones en que las personas cuentan con un funcionamiento psíquico aloplástico es esperable que se suceda la fase de adaptación, donde se observa una progresiva aceptación, asimilación del evento adverso, ajustes y transformaciones tanto en el mundo interno como en el entorno. La fase de adaptación supone resignificación de las experiencias transitadas. La persona sale de la experiencia transformada.

Estos procesos psicológicos de duelo impactan en el entorno interpersonal, generando conflictos muchas veces.

El duelo, en su doble etimología, alude a dolor, *dolus* y a combate, *duellums* (Aslan, 1978). En el cáncer de mama el dolor y la batalla se activan por la pérdida del sí mismo en estado de salud, la pérdida de ideales y proyectos vitales, así como también por la vivencia del

cuerpo amenazado. Al decir de Alizade (1999), las enfermedades se experimentan como un extranjero que amenaza provocando sentimientos de persecución y tristeza. El objeto de duelo es uno mismo, en una impensable dimensión que implica el reconocimiento sobre sí de las «marcas de ser mortal».

Otros autores psicoanalíticos tales como Allouch (2006) consideran que se puede desarrollar una pluralidad de formas de transitar los duelos, más allá del proceso normalizador que muchos autores han descripto.

Las mujeres con cáncer de mama, además de afrontar la enfermedad, sus tratamientos y la amenaza que puede suponer para la vida, se exponen a pérdidas referidas a su cuerpo. El cuerpo, sistema de apoyo habitual, recibe una conmoción y se debilita (Kaes, 1979). El cuerpo entendido no solo en su dimensión material (el organismo de la medicina), sino y fundamentalmente en su dimensión subjetiva, como espacio íntimo de la experiencia, como imagen corporal. La imagen corporal es un constructo conformado a partir de los vínculos que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990). Esta imagen corporal, de sustrato simbólico, por un lado se construye a partir de la biografía y oficia como soporte de la identidad. Pero por otra parte el cuerpo, al decir de Le Breton (2002), se construye a partir de las significaciones culturales. Cada sociedad elabora una visión del mundo que contiene un saber singular sobre el cuerpo, sus constituyentes, sus usos y sus correspondencias, otorgándole valor y sentido.

En el cáncer de mama, el compromiso sobre la mama generado fundamentalmente a partir de la cirugía (asimetría, cicatrices) y la alopecia (cabello y pestañas) aparecen como las mayores preocupaciones que despierta la enfermedad. El pecho en nuestra cultura tiene una importancia crucial en la identidad femenina, al igual que el cabello. Para muchas mujeres es aquello que las define como mujeres y su pérdida equivale a la pérdida de la feminidad (Sebastián,

Manos, Bueno, Mateos, 2007). La imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración personal y social. Además, en nuestra cultura el pecho está relacionado con la sexualidad y el atractivo físico, es fuente de erotismo y de placer, como también se relaciona con la maternidad y la lactancia, atributos todos que se ven amenazados.

El pasar por una cirugía mamaria en algunas mujeres ocasiona una vivencia de mutilación. Aun cuando ni la cicatriz ni la asimetría sean visibles, puede ocurrir que la representación que la mujer tiene inscrita de su cuerpo no coincida con la imagen que aparece en el espejo, se desconoce y se rechaza. Maroño (2016) plantea que ante el impacto disruptivo del orden de lo fáctico, que en este caso lo ocasiona la enfermedad, se emprende un proceso de resignificación y apropiación de una imagen novedosa que genera extrañamiento. Este proceso psíquico desemboca en una vivencia ominosa dada por la sensación de extrañeza provocada por la relación entre un cuerpo que se sabe propio pero no familiar y un cuerpo familiar que no se percibe como propio.

En la imagen que devuelve el espejo se juega el reconocimiento de la pérdida y en la mirada del otro se ve reflejada esa pérdida como un señalamiento que ratifica su falta. Es frecuente que las mujeres se sientan observadas y eviten las relaciones sociales y de pareja cuando no han podido lograr recomponer y aceptar esa nueva imagen de sí (Díaz Facio Lince, 2010). En ese sentido, muchos estudios demuestran que el tipo de cirugía utilizada en el tratamiento del cáncer de mama es un factor importante para la imagen corporal de las mujeres y decisivo para el bienestar psicológico y la calidad de vida en general (Avis, Crawford y Manuel, 2004; Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson y Clark, 1993; King, Kenny, Shiell, Hall y Boyages, 2000; White, 2000).

A su vez, en nuestra cultura el cabello tiene un simbolismo ligado a la feminidad y se impone desde la publicidad como objeto para suscitar el deseo del otro. Este se asocia al rostro, a

la imagen de sí ante los demás. Su pérdida, a partir de los tratamientos quimioterapéuticos, se torna un objeto significativo para la propia imagen, en tanto se lo valora como un atributo con el que se logra aceptación, reconocimiento y deseo.

Entonces, una enfermedad como el cáncer de mama puede desencadenar diferentes procesos según el funcionamiento psíquico previo, los recursos de que dispone la mujer, las redes de sostén. Esto habilitaría que ante el evento disruptivo se activen vivencias de tipo traumáticas o estresantes, dependiendo de la vulnerabilidad o resiliencia. En el proceso mismo del afrontamiento y trabajo de duelo pueden tener lugar posicionamientos subjetivos variados que lleven a pasar de la injuria a la reabsorción y fortalecimiento a partir de la experiencia.

El trabajo de duelo implica no solo aceptación de las pérdidas, lo que según Allouch (2006) correspondería a la etapa final del duelo, sino y sobre todo un cambio en la relación con ese cuerpo propio, con esa realidad trastocada. Antes que tenga lugar una nueva relación con ese nuevo cuerpo cabe el enfrentamiento con el vacío, que no necesariamente es ausencia sino realidad plena, al decir de Singer (2019). Más que ausencia es el pleno malestar del cuerpo en quimioterapia, la plena realidad que marca la cicatriz o la ausencia de cabello. En este caso, la elaboración del duelo implicaría la posibilidad de desinvertir el cuerpo sano perdido e invertir este cuerpo nuevo generando un vínculo distinto. Pero mientras tanto, y quizás mientras duran los tratamientos, se mantiene una relación con ese cuerpo de características particulares, atravesada por una intrincada dialéctica entre vida/muerte. Se hace necesario desligar, pero también construir otra forma de ligazón posible que anude con lo vital y sostenga el malestar. En estos momentos del duelo en el que transcurre el debate entre la vida y la muerte se puede desarrollar un combate ante lo negativo, que más que ausencia es presencia thanática. En estas circunstancias, seguramente, cuando se recurre al clivaje como mecanismo inconsciente se construye un enemigo imaginario a quien atacar.

Aparecen las metáforas de lucha y con ellas la construcción de una subjetividad guerrera, combativa y desafiante que da sentido a la continuidad de la vida, incrementando la autoestima y las vivencias omnipotentes que funcionan como protectores. La tristeza por la pérdida puede hacerse presente mucho después del combate, en el período libre de enfermedad. La fase de conexión con el objeto perdido (el cuerpo sano, la imagen corporal integrada, etcétera) y la fase depresiva del duelo podrán advenir posteriormente al fin del combate. Estas teorizaciones psicoanalíticas que incluyen las lógicas paradójales permiten pensar el duelo como un proceso productivo. La noción de lo negativo de Green en el proceso de duelo, permite incluir ese espacio previo a la elaboración, «esa zona entre, zona de transformaciones donde es indecible cuanto de esta producción se tornará pasaje a una elaboración —en el sentido de duelo freudiano— y cuanto permanecerá anclada en lo real del objeto significativo» (Singer, 2019 p. 268).

2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La preocupación sobre el bienestar y la salud históricamente tiene menos trayectoria que los desarrollos sobre la enfermedad. Si bien el cuidar apareció para la medicina desde la Grecia clásica con Hipócrates como tarea básica del médico, durante siglos ha sido desplazada por el curar y muy recientemente reaparece como tarea esencial en las disciplinas de la salud.

El concepto de calidad de vida (CV) se asocia al bienestar y la salud. Algunos autores (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007) plantean que el primero en trabajar el tema fue el economista Galbraith en Norteamérica en los años 50; para otros fue el presidente Lyndon Johnson en el 69.

Si bien la denominación CVRS aparece en la literatura médica recientemente en los años 75 (Dapueto, 2016), la consideración sobre el bienestar del paciente se encuentra presente en

las declaratorias de la OMS de los años 46 y 48. Una de las áreas de la salud en la que la noción de CV como mejoría subjetiva de la enfermedad empieza a aparecer es en la oncología. El término surge desde la medicina y se extiende a la sociología y la psicología para sustituir conceptos difíciles de operativizar, tales como el de bienestar o felicidad. El interés en la temática ha sido creciente, ampliándose a la evaluación sobre los tratamientos el impacto en la reorganización vital de los pacientes y su relación con los costos.

A fines de los 80 se empezó a usar el término CVRS, para referirse al estudio de la CV en muestras poblacionales que evidenciaban una minusvalía resultado de la cronificación de una enfermedad o accidente. Según Quiceno y Vinaccia (2013), fueron Kaplan y Bush en 1982 quienes propusieron el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para diferenciarlo del concepto de CV y darle relevancia a los aspectos de calidad del estado de salud.

Schwartzmann (2003) señala que es un concepto complejo, global, inclusivo y multidisciplinario que ha cobrado valor a partir del aumento de la expectativa de vida y la cronificación de enfermedades que en otro momento eran terminales. Mientras algunos autores se centran en «el efecto de los bienes materiales» para valorar la CV, otros se centran en la satisfacción y bienestar interior alcanzado en un período particular de tiempo. En todos los casos, la CV (Pardilla, 2005) responde a la valoración y percepción subjetiva que hace la persona sobre su bienestar, la satisfacción percibida con respecto a las diferentes dimensiones de su vida y con respecto al tratamiento, incidiendo en dicha valoración los recursos que la persona estime poseer y las estrategias de afrontamiento de que dispone.

Se encuentran varias definiciones de CVRS; estas coinciden en concebirla como una valoración subjetiva, una percepción que elabora la persona en un determinado momento de su vida en la cual se ha generado una alteración en la salud. El grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL group, 1995) de la OMS, plantea que la CVRS:

Es la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Este concepto está influido por la salud física del sujeto, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, y la relación con los elementos esenciales de su entorno (p. 41).

Patrick y Erickson, (1993) en la definición que aportan sobre CVRS se refieren «al valor asignado a la duración de la vida cuando esta se altera por las discapacidades, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son determinadas por enfermedades, lesiones, tratamientos o políticas» (p. 22).

Por su parte, Cella (1995) plantea que la CVRS refiere a «la medida en la cual el bienestar físico, emocional o social, habitual o esperado, se afecta como consecuencia de una enfermedad médica o por su tratamiento» (p. 48).

En síntesis, las definiciones de CVRS acuerdan que es un concepto emergente de una evaluación subjetiva del estado de salud, que atañe múltiples dimensiones, entre las cuales se ubica el poder realizar las actividades que a la persona le son importantes, y que afecta el estado general de bienestar.

Los diversos modelos conceptuales que se han elaborado sobre CVRS se sostienen en la definición que la OMS (W.H.O., 2001) plantea con respecto a la salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (p. 119). Desde esa concepción integral, biopsicosocial, de la salud, la percepción y las experiencias subjetivas de los pacientes (su padecimiento) toman un mayor peso en la CVRS que la enfermedad en sí misma. Esto ha llevado a construir modelos para valorar la CVRS multi-causales, complejos, donde la visión subjetiva del paciente ocupa un lugar preponderante.

Ware (1984) propuso un modelo conceptual de CVRS en el que incorpora la visión del paciente en la evaluación de los estados de salud y de bienestar. Sostiene que la calidad de vida se compone del estado de salud personal y de otros aspectos tales como: familia, finanzas, vivienda, trabajo, entre otros. A partir de este modelo se construye el cuestionario MOS-F 36, que valora el funcionamiento o capacidad para desempeñarse diariamente, el distrés emocional, la percepción general sobre el estado de salud, el desempeño del rol habitual a nivel social, laboral y/o familiar.

Calman elaboró otro modelo conceptual (1984) basado en la multidimensionalidad de la existencia humana, la valoración subjetiva de la persona enferma y los elementos dinámicos que surgen del proceso de afrontamiento de la enfermedad. La CV resulta de la adecuación entre las expectativas de la persona, las esperanzas y su experiencia de satisfacción. Por lo tanto, operacionaliza el concepto planteando que la medida de la CV está dada por la brecha que en un momento particular de la vida se genera entre las expectativas de la persona, las esperanzas de esta y las experiencias de vida actuales. El modelo tiene la virtud de involucrar el proceso de adaptación, adecuación y/o afrontamiento que la persona realiza con respecto a su enfermedad. Este modelo integra componentes psicológicos, sociales y culturales. Valora una dimensión física (síntomas, efectos secundarios de tratamientos, imagen corporal y movilidad), una dimensión psicológica, social y espiritual (capacidad de afrontamiento emocional, ansiedad, depresión; incidencia a nivel de relaciones interpersonales; capacidad de sentir placer; sistema de creencias y dotación de sentido a la experiencia de vida; dimensión económica de costos) y otras dimensiones más amplias que denomina: individual (vinculada a expectativas de vida), política, cultural, filosófica y temporal.

El tercer modelo descrito por Dapuetto (2016) es el de Wilson y Cleary, cuyo fin ha sido diseñar intervenciones clínicas efectivas. Este modelo integra dos paradigmas de salud: uno

sostenido por los clínicos y los investigadores de las ciencias básicas (modelo biomédico) y otro sostenido por los científicos sociales. A partir de este modelo se relacionan los aspectos clínicos con la valoración subjetiva del paciente de un modo bidireccional. En un extremo se encuentran las variables biológicas y, en el otro, el funcionamiento físico y la percepción general de la salud. Se considera que cada uno de estos aspectos interactúa en cada uno de los niveles, por lo tanto, los aspectos físicos y psicológicos no quedan separados.

En síntesis, el constructo CVRS tiene las siguientes cualidades:

- multidimensional: por lo tanto, se debe evaluar en forma simultánea las varias dimensiones o dominios de la vida de la persona: la repercusión física, el funcionamiento psicológico, las interacciones sociales, el estado funcional.

- subjetivo: las valoraciones son subjetivas en tanto buscan determinar la apreciación que hace el paciente de su propia situación.

- relativo en la medición: no es posible determinar una medida absoluta o «patrón» de calidad de vida. La relatividad refiere al contexto sociocultural, económico, histórico, médico, etcétera, en que tienen lugar los estudios.

Por lo tanto, la CVRS es un concepto que permite valorar el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva integral y adecuar los tratamientos a partir de acciones que involucran a los equipos asistenciales. Esta dimensión se ha incorporado a la valoración, especialmente de las patologías crónicas, y específicamente de las oncológicas.

2.4 Esquemas desadaptativos tempranos

El concepto de esquema ha sido utilizado en sus orígenes por la filosofía. Para Kant (1781/1928), los esquemas eran estructuras innatas que tenían la función de organizar el modo

de percibir el mundo a través de categorías que aportaban imágenes mentales sobre los objetos. Muy posteriormente, Piaget retoma el concepto de esquema para la psicología y le otorga el sentido de estructura cognitiva organizada a partir de la memoria, que permite comprender las situaciones a las que se enfrenta el sujeto en su relación con el ambiente (Eysenck y Eysenck, 1994). El concepto de esquema se convierte en eje fundamental de la terapia cognitiva de Beck en los años sesenta (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010), siendo este autor el más influyente, en tanto lo utiliza de forma explícita en una teoría psicopatológica. Para Beck (1967 citado en Stein y Young, 1992) un esquema es un constructo cognitivo que sirve para codificar y evaluar la información del ambiente que le llega a la persona y que sesga los modos de percibir e interpretar los eventos vitales.

Young (1990) parte del modelo de Beck; toma las nociones de esquema, estrategias y modos, pero enriquece el modelo cognitivo conductual integrando nociones de otros modelos conceptuales como el gestáltico, el psicodinámico (teoría del apego, relaciones objetales), el constructivista y el humanista-existencialista. Según Rodríguez Vílchez (2009), Young en su modelo integrativo le da mucha importancia a los problemas infantiles, la relación de apego, las técnicas emotivas, los estilos de afrontamiento y la relación transferencial. De esa manera reformula el concepto de «Esquemas Desadaptativos Tempranos» (EDT) para referirse con él a aquellas creencias incondicionales, estables y duraderas que las personas construyen acerca de sí mismos en relación con eventos ambientales y guían la realización de patrones de conductas. Estos se forman del compilado de experiencias, sensaciones corporales, emocionales y cogniciones referidas a sí mismo y a su relación con los demás. Los esquemas se van formando desde edades muy tempranas (infancia y adolescencia) y a lo largo de toda la vida como producto de la interacción entre el temperamento, necesidades insatisfechas y experiencias tóxicas que se repiten con cierta regularidad. Las necesidades universales insatisfechas a las

que refiere Young corresponden a la necesidad de pertenencia (seguridad, aceptación, estabilidad y cuidado), autonomía (competencia y sentido de identidad), límites realistas y autocontrol, de libertad para expresar requerimientos y emociones y a la necesidad de espontaneidad y juego. En un comienzo los EDT pudieron ser adaptativos, pero luego esas percepciones dejan de ajustarse a la realidad resultando desadaptativos y operan como verdades a priori que tienden a perpetuarse. Los EDT son resistentes al cambio y a pesar de ser disfuncionales resultan bastante cómodos, ya que es más fácil para el sujeto distorsionar la información procedente del medio que modificar sus estructuras mentales. Estos constructos pueden estar inactivos durante mucho tiempo y ser activados (energizados) rápidamente como resultado de situaciones de crisis o cambios vitales. Los esquemas pueden tener diferente grado de desajuste, rigidez o gravedad.

Si bien en un inicio se ha utilizado el constructo de EDT para abordar patologías del eje 1, como Trastornos de Personalidad (Castrillón, Chaves, Ferrer, et. al., 2005; Cazassas y Oliveira, 2008), Trastornos de alimentación, adicciones, etcétera, algunos autores han comenzado a plantear que el diagnóstico de cáncer puede ser considerado un evento activador (Ellis y Grieger, 2003), por ser un acontecimiento potencialmente estresante y traumático.

Según Parsonnet (2017) la situación del paciente con cáncer es extremadamente exigente desde el punto de vista físico, cognitivo, emocional y socialmente. El paciente debe hacer frente al impacto de la enfermedad y de sus tratamientos, así como al cuidado requerido. El impacto del diagnóstico golpea a nivel cognitivo, exigiendo un rápido procesamiento e integración de la información, para tomar decisiones y adecuarse a los protocolos de tratamiento. A nivel emocional y social el paciente debe ser capaz de manejar la ansiedad, el miedo y la angustia e integrar una nueva imagen corporal y de sí mismo. Así también debe poder confiar en su equipo tratante, en su sistema de apoyo interno y familiar para aceptar la asistencia de

otros, pedir ayuda y recibirla. Este debe ser capaz de expresar claramente sus síntomas, necesidades y dudas. A su vez, el paciente generalmente se encuentra ante la recomendación de disminuir el contacto con familiares, amigos, colegas, y adaptarse a un cambio de vida que incorpora tratamientos, rutinas, horarios, actividades, toma de decisiones, dependencia del personal de la salud, etcétera. El impacto del diagnóstico genera desafíos que colocan a la persona ante situaciones críticas, siendo estas una oportunidad para la activación de los esquemas de funcionamiento psicológico. Ante dicho evento potencialmente generador de desajustes, se activan sensaciones corporales, emociones y cogniciones referidas a la enfermedad, a los tratamientos, a sí mismo y a la relación con los demás. Cualquiera que sea la adaptación que un adulto haya hecho a sus esquemas, esta puede verse socavada por la crisis de un diagnóstico de cáncer o por las crisis que siguen durante el tratamiento, la toma de decisiones y el ajuste a la vida después del tratamiento. Cuando los EDT se activan, se hace más difícil hacer frente a estos desafíos, especialmente tomar decisiones y adaptarse a los cambios cotidianos.

Los cinco Dominios y dieciocho Esquemas Desadaptativos Tempranos

A partir de la experiencia clínica con pacientes crónicos y de difícil tratamiento, Young organiza una caracterización en cinco dominios, dentro de los que agrupa 18 esquemas desadaptativos. Cada uno de esos esquemas refleja diferentes creencias incondicionales que la persona construye sobre sí mismo en relación al ambiente e influyen en la manera de pensar, sentir y actuar. A partir de la identificación de los EDT, Young formula una terapia de esquemas con la finalidad de intervenir clínicamente. Cada EDT se codifica del 1 al 5 en función del Dominio al que pertenece y se le coloca el número contiguo correspondiente del 1 al 18.

1. Dominio desconexión/rechazo: En este dominio se agrupan los esquemas que plantean problemáticas con respecto a las necesidades básicas de seguridad, estabilidad, cuidado, aceptación. Cuando dichas necesidades estuvieron alteradas de modo significativo, de adultos, las personas no se sienten comprendidas, queridas o con suficiente estabilidad emocional. Estas personas tienen dificultades para establecer vínculos de apego seguros y estables, en tanto prima el esquema que sus necesidades de amor, seguridad o aceptación, no serán satisfechas.

Los esquemas disfuncionales que emergen son:

1.1 – **Abandono-inestabilidad:** A partir de este esquema los pacientes tienden a pensar que van a ser abandonados, lo que los lleva a sentirse inestables, con miedos, se deprimen, se enojan. Las conductas comunes son de aferrarse, asfixiar y agobiar al otro, o por el contrario, evitarlo y eludirlo. Predomina la creencia de que los demás no son fiables, por lo que no pueden dar apoyo estable. Los pensamientos frecuentes cuando se activa este esquema es que *«todo el que quiero me va a abandonar, se va a morir y voy a estar solo»*.

1.2 - **Desconfianza-abuso:** Los pacientes evalúan permanentemente al otro, desconfían, ya que no sienten que exista un otro que pueda hacer cosas por él de forma desinteresada. Tienen una presentación paranoide y sienten que tienen que estar atentos para que no se aprovechen de él y ser herido.

1.3 - **Privación emocional:** Cuando se activa este esquema, en el paciente predominan sentimientos de soledad, amargura y depresión. Este esquema se instala cuando se sucedieron eventos disruptivos en torno a tres necesidades básicas: la privación de cuidados, la privación de empatía y la privación de protección. Estos pacientes reaccionan como si carecieran de necesidades emocionales, no esperan recibir afectos, no piden lo que necesitan emocionalmente. El pensamiento que prevalece cuando se activa este esquema es: *«no tengo suficiente amor y atención, no hay quien quiera compartir tiempo conmigo, no cuento con nadie»*.

1.4 – **Imperfección-vergüenza:** Cuando este esquema se activa predomina en el paciente la percepción de fallas por las cuales no es merecedor de afecto. Transmiten vergüenza sobre cómo son, tienen miedo a relacionarse, se menosprecian y se ponen en un lugar en el que otros lo subestiman y maltratan.

1.5 - **Aislamiento social-alienación:** Cuando este esquema está activo, el paciente tiene la percepción de no encajar en ningún grupo, de sentirse diferente. En estas circunstancias tienden a mantenerse en la periferia o evitar los grupos, se sienten solos y diferentes a los demás.

2. Dominio autonomía y desempeño: Este dominio reúne los esquemas que se activan cuando las necesidades insatisfechas refieren al sentirse competente, con autonomía y sentido de identidad. Las familias que no logran satisfacer dichas necesidades de forma adecuada debilitan la confianza del niño al mostrarse sobre protectoras o descuidadas, no permiten que desarrolle autonomía y sentimientos de competencia. Estas experiencias llevan a conformar un adulto muy dependiente que no confía en sí mismo ni en sus habilidades, para afrontar situaciones.

Los esquemas dentro de este dominio son los siguientes:

2.6 - **Dependencia- incompetencia:** Cuando se activa este esquema, las personas sienten que no logran realizar cosas sencillas sin ayuda por sentirse incompetentes y vivirse desamparados. Presentan síntomas de ansiedad, fóbicos, estrés, síntomas gástricos, temores a la separación. Tienen dificultades para funcionar solos y necesitan que alguien los acompañe.

2.7 - **Vulnerabilidad al daño o enfermedad:** Al activarse este esquema, el paciente tiene la percepción que algo horrible va a suceder, como una enfermedad o catástrofe. La emoción predominante es la ansiedad; el modo de afrontamiento es la evitación o la compensación. Los

pensamientos que imperan son catastróficos: «*algo horrible me va a pasar en el aspecto médico, emocional o natural*».

2.8 - Apego confuso y/o inmaduro: Cuando se activa este esquema, el paciente se implica con el otro al punto de indiferenciarse y sostener la creencia que no es, si no está con la otra persona. Este tipo de pacientes genera sensación de asfixia o fusión, responden a un *self* mal desarrollado.

2.9 – Fracaso: Son pacientes que cuando tienen este esquema activado tienen la convicción que van a fracasar o fracasaron. Se creen ineptos, poco inteligentes, sin talento, pero contrariamente tienen la tendencia a exigirse. Se pueden rendir al esquema saboteándose a sí mismos, o sobrecompensar el esquema trabajando excesivamente.

3- Dominio límites inadecuados: En este dominio se reúnen los esquemas cuyas necesidades insatisfechas tienen que ver con la puesta de límites internos y autocontrol. Estas fallas aparecen en familias permisivas, indulgentes, con poca disciplina, en las que no se exige respeto por las normas. Los niños que crecen en ese entorno no aprenden a controlar los impulsos, de adultos no saben postergar la gratificación, tienen dificultades con las figuras de autoridad y les es difícil cooperar con otros.

Los esquemas que se desarrollan son:

3.10 - Grandiosidad/Sobrevaloración: Cuando se activa este esquema, la persona cree que es superior a los demás, se comporta de modo dominante.

3. 11 - Autocontrol y disciplina insuficiente: Cuando este esquema impera, las personas tienden a ser impulsivas y tener dificultades para controlar sus emociones.

4. Dominio: tendencia hacia los otros: en este dominio se agrupan los esquemas en los que las necesidades básicas insatisfechas se refieren a la de expresar libremente las propias necesidades y emociones, las cuales quedan postergadas por los demás. En las familias de origen se tiende a priorizar la aceptación y el estatus social a las necesidades y sentimientos del niño quien debe suprimir sus afectos. De adulto las necesidades propias son secundarias, por lo tanto hacen foco excesivo en los otros, en la búsqueda de aceptación y evitación del castigo.

Los esquemas correspondientes a este dominio son:

4. 12 – **Subyugación/Sometimiento:** Cuando este esquema está activo, las personas perciben que la expresión de sus emociones van a activar en el otro agresividad, revancha o abandono, por lo cual coartan la expresión de estas.

4. 13 – **Autosacrificio:** Cuando este esquema se activa, las personas tienden a renunciar a sus propias necesidades con el fin de evitar el sufrimiento a los demás.

4.14 - **Búsqueda de aprobación y reconocimiento:** El predominio de este esquema hace que las personas se esfuercen en ganar el reconocimiento del otro a costa de sacrificar su propia identidad.

5- Dominio: sobrevigilancia e inhibición: Este dominio reúne los esquemas que plantean dificultades en el manejo de las necesidades de espontaneidad y juego. Las familias que dan origen a estos esquemas tienden a mostrarse rígidas, exigentes, en las que el deber es más importante que el placer. De adulto predomina un sentimiento pesimista y una preocupación desmedida con respecto al actuar de acuerdo a las reglas.

Los esquemas desadaptativos son:

5. 15 - **Negativismo/Pesimismo:** cuando se activa este esquema aparecen sentimientos y pensamientos negativistas persistentes. El paciente vive con la expectativa que algo malo va a suceder, por lo cual sienten afectos de tristeza, preocupación y derrota.

5. 16 - **Inhibición emocional/Control excesivo:** Cuando se activa este esquema, las personas tienden a evitar la espontaneidad para mantener el control o predictibilidad sobre los sucesos.

5. 17 - **Metas inalcanzables:** al activarse este esquema, los pacientes se muestran con elevadas exigencias, se plantean reglas rígidas con el fin de evitar las críticas.

5. 18 – **Castigo:** la activación de este esquema lleva a la persona a sentirse intolerante con los errores propios o ajenos y tienen pensamientos referidos a que deben ser castigados por ello.

En síntesis, para Young los EDT son creencias incondicionales sobre uno mismo y el entorno que funcionan como verdades a priori, se autoperpetúan, son resistentes al cambio, disfuncionales, con consecuencias autodestructivas y/o daño significativo para los demás interfiriendo en la satisfacción de necesidades básicas. Estos son generados y activados por experiencias ambientales, cambios biológicos o estados anímicos, conteniendo un afecto desmedido y no siempre son conscientes. Se conforman producto de la interacción entre el temperamento y las experiencias de vida disfuncionales con los cuidadores principales. Una vez activados los EDT en el paciente con cáncer, además de causar un sufrimiento desproporcionado con relación a la enfermedad generando sentimientos que pueden ocasionar malestar (desesperanza, pesimismo, tristeza, rabia, ira, etcétera), se manifiestan conductas disfuncionales que podrían contrariar los objetivos de autocuidado, necesarios para adherir a los tratamientos y afrontar la enfermedad de forma adaptativa.

2.5 Percepciones y Creencias relacionadas con la enfermedad

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) comenzó a esbozarse a principios del siglo XX, en los años 50, por parte de un grupo de investigadores integrado por Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock, que toman sus raíces en la orientación fenomenológica basados en las teorías de Kurt Lewin (Quiceno y Vinaccia, 2010). Estos autores inicialmente construyeron un enfoque psicosocial que ponía el eje en la prevención de la enfermedad. El MCS surgió como modelo pragmático que intentó dar respuestas a problemáticas de carácter social de educación para la salud y a las políticas preventivas. Por ese motivo, se centró en la investigación aplicada al ámbito de la Sociología de la Educación (Kirscht, 1988) y de la Psicología de la Salud para explicar comportamientos de salud y comportamientos preventivos de la enfermedad.

Posteriormente, en los años setenta los desarrollos giraron en torno al cumplimiento de los tratamientos y a las respuestas de los pacientes ante los síntomas de las enfermedades (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001; Moreno y Gil, 2003).

El modelo que a partir de estos antecedentes se desarrolla sugiere que una persona adopta una acción de salud en función de su grado de preocupación con respecto a la problemática de salud y de las percepciones que tenga con respecto a las siguientes dimensiones (Becker, 1974, en Álvarez, 2002):

- vulnerabilidad ante la enfermedad: refiere a la percepción subjetiva que tiene la persona sobre el riesgo de caer enferma. Esta percepción puede ir desde la negación a contraer una enfermedad hasta el convencimiento de que va a padecerla;

- gravedad de las consecuencias: alude a la percepción y creencias que se construye la persona sobre la gravedad en caso de contraer una determinada enfermedad, lo cual afecta la aceptación de los tratamientos médicos y las relaciones sociales;
- beneficios con respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas;
- valoración de costos y barreras para la consecución de una conducta saludable, ya sean físicas, psicológicas, económicas, etcétera.

Por consiguiente, el MCS (modelo de creencias en salud) es un modelo de inspiración cognitiva y tiene como finalidad explicar los comportamientos en función de las creencias y las representaciones internas que el sujeto elabora ante una situación concreta. El MCS busca identificar los factores que están involucrados en la elaboración de las creencias con respecto a su enfermedad, así como la manera en que se integra la información para crear una visión de la enfermedad que guía la planificación de estrategias de afrontamiento e influye sobre la recuperación funcional. El modelo sostiene la premisa que las conductas de autocuidado o protectoras se generan a partir de la valoración que la persona hace sobre una meta (la salud) y de la estimación que realiza sobre la probabilidad de lograrla (evitar la enfermedad). Incide en ellas la valoración de severidad que se realiza sobre la enfermedad y la valoración de la relación beneficio-costos o conveniencia de la conducta preventiva (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001). Estas construcciones, esquemas cognitivos y emociones que las personas elaboran, pueden ser desde muy imprecisos e inadecuados, hasta amplios, técnicos o completos. La relevancia de estos modelos explicativos radica en que inciden en las conductas preventivas de cuidado, en la adaptación a la enfermedad, la adherencia a los tratamientos y la evolución de la enfermedad.

Siguiendo este modelo, Leventhal en los años 80 construye el modelo de autorregulación de la enfermedad. Plantea que en el proceso de elaboración de dichas representaciones sobre la enfermedad inciden factores internos y externos a la persona. Estas representaciones se elaboran a partir de las experiencias corporales, personales y familiares con respecto a la enfermedad, las concepciones culturales y sociales, las creencias y expectativas que los familiares tengan respecto a la misma, la comunicación en la red familiar. Vale decir que estas sintetizan la historia personal y familiar, la personalidad, con otros aspectos externos tales como los demográficos y ambientales, el contexto social (Pain, Miglioretti y Angelino, 2006). Estos constructos pueden o no coincidir con los conocimientos académicos. Por ese motivo, Leventhal las denomina teorías de «sentido común», para diferenciarlas de las teorías científicas que rigen la actividad del equipo de salud.

Según Quinceno y Vinaccia (2010), el valor que tienen las teorías de sentido común es conformar los principales determinantes de la conducta del sujeto respecto a su salud. Estas teorías parten del supuesto de que un síntoma o la representación mental genera en la persona una concatenación de representaciones cognitivas tanto como emocionales sobre la enfermedad. Estas representaciones guían la definición de objetivos de acción y la acción misma, por lo tanto activa la adopción de diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento.

Para Leventhal, Benyamini, Brownlee et. al. (1997) y Leventhal, Leventhal y Cameron (2001), las creencias y percepciones sobre la enfermedad se conforman a partir de un procesamiento que consta de tres fases:

- Definición o representación de la enfermedad y de la emoción que la acompaña.
- Planificación, selección y ejecución de respuestas para enfrentar la amenaza objetiva de enfermedad y las reacciones emocionales que esta suscita.

–Evaluación de las estrategias de afrontamiento con respecto al logro de las metas establecidas.

La información derivada de esta última etapa aporta un modelo de retroalimentación sobre las anteriores, y de este modo puede alternar las estrategias de afrontamiento del individuo o la forma en que representa la enfermedad.

El procesamiento de las representaciones se genera a través de dos canales paralelos:

1- el canal cognitivo, desde el cual se da lugar a la elaboración de una representación objetiva de la enfermedad y al desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla.

2- el canal emocional, desde el cual se da lugar al procesamiento de reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esas emociones.

Leventhal sugirió que las representaciones que los pacientes elaboran sobre sus enfermedades incluyen diferentes dimensiones tales como:

Identidad: son aquellas variables que identifican la presencia o ausencia de una enfermedad, puede referirse al nombre o etiqueta de una enfermedad y a signos o síntomas concretos de la misma;

Consecuencias: se refiere a la percepción que tienen los pacientes sobre las implicaciones físicas, sociales y económicas que tendrá la enfermedad, así como a las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencias de las mismas;

Causas: hace referencia a las ideas que tiene el paciente sobre la etiología o la causa de la enfermedad; esta dimensión (*locus*) refleja si la causa está colocada por dentro (interno) o por fuera (externo) de la persona.

Duración: refiere a la dimensión estabilidad y hace alusión a la expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad, lo estable o inestable de esta.

Cura/Control: es una quinta dimensión agregada por Lau y Hartman en 1983 que hace referencia a la percepción que tiene la persona de la receptividad al tratamiento (Marks, Murray, Evans, et al., 2008) y al grado de control que la persona percibe que tiene de la enfermedad y de los efectos de los tratamientos.

Una de las principales críticas a estos modelos de creencias en salud y autorregulación de la enfermedad está centrada en la exclusión de variables sociales y subjetivas no conscientes, a la hora de valorar el comportamiento humano.

Por lo tanto se ha cuestionado (Moreno y Gil Roales Nieto, 2003) la capacidad predictiva del modelo, en tanto no siempre las creencias con respecto a la salud condicen con los comportamientos que desarrollan las personas. Hay literatura que afirma que las personas saben lo que hay que hacer, conocen como hacerlo, pero sin embargo no lo hacen, lo que hace que no se sostenga una relación causal entre el decir y el hacer. Estas críticas han llevado incluir en el modelo nuevas dimensiones. Por lo tanto, las creencias no podrían ser consideradas causas, ya que son consecuencias de diversos procesos. Las creencias, atributos y actitudes son para esta perspectiva funcional tipos de conducta verbal que adquieren funciones de control sobre otras conductas, tanto verbales como no verbales.

2.6 Estrategias de Afrontamiento

El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) define al afrontamiento como la respuesta del individuo ante una situación estresante. Dicha respuesta se compone de esfuerzos cognitivos y conductuales que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como desbordantes en relación a los recursos que posee la persona. Estas respuestas tienen como fin reducir la tensión que produce el estresor y restaurar el equilibrio.

Dichas pautas forman parte de un proceso dinámico que cambia en función de las actitudes y las circunstancias de cada persona.

El modelo explicativo del estrés considera que los estímulos no son en sí mismos estresantes, sino que desencadenan una respuesta de estrés según el modo en que la persona los percibe. Por lo tanto se explica que situaciones iguales no generarían la misma reacción en distintos individuos, ya que estos no le darían el mismo significado a lo que sucede (Straub, 2012).

Fernández-Abascal (1997) señala la necesidad de diferenciar los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. Para este autor, los estilos refieren a las formas habituales relativamente estables que tiene una persona para manejar el estrés; mientras que las estrategias se establecen en función de la situación y están influidas por los estilos que tiene un sujeto para afrontar los problemas de la vida diaria.

El proceso dinámico que se genera para afrontar un evento potencialmente estresante consiste para la persona realizar al menos dos evaluaciones, una primaria y una secundaria. La evaluación primaria le permite analizar si la situación ante la que se encuentra es potencialmente perjudicial y amenazante para su bienestar. Si esta es evaluada como nociva se da lugar a un segundo paso, que consiste en valorar los recursos de los que dispone para hacer frente al evento (Snyder y Dinoff, 1999). Algunas veces ocurre que el control de la situación no es posible para la persona y la estrategia es una forma de afrontar la situación, más que resolverla (Curtis, 2000). De ahí que sea necesario distinguir entre estrategias dirigidas a manejar y resolver la situación estresante de aquellas cuyo objetivo es la regulación de la respuesta emocional ante el problema. A estas dos formas de afrontamiento se las denomina *afrontamiento centrado en el problema* o *afrontamiento centrado en la emoción* (Lazarus y Folkman, 1984). Dicho de otro modo, las estrategias centradas en el problema se utilizan

cuando la persona evalúa que el evento se encuentra dentro de un contexto de posible cambio y busca disminuir el impacto de la amenaza percibida. Las estrategias centradas en la emoción se utilizan cuando la persona evalúa que las condiciones no son susceptibles de cambios y sus acciones se dirigen a disminuir el malestar emocional generado a partir del evento estresor (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Lazarus y Folkman, 1984).

Ambos tipos de estrategias están interrelacionadas; en ocasiones se complementan y propician una mejor solución al problema y en otros casos se producen interferencias entre ambas (Kleinke, 2007).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) ubican dentro de las estrategias centradas en el problema al afrontamiento activo, la planificación y la reinterpretación positiva; es decir, aquellas acciones que intentan resignificar el evento, buscar información, comprenderlo. El afrontamiento dirigido a la emoción comprende la búsqueda de apoyo emocional, la expresión de emociones, la aceptación, el uso del humor.

En síntesis, dentro de las estrategias adaptativas de afrontamiento se ubica: el afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación positiva, la aceptación y la utilización de apoyo emocional. Las estrategias adaptativas se asocian positivamente con la adaptación a la enfermedad y al bienestar emocional (Haro-Rodríguez, Gallardo-Vidal, Martínez-Martínez, et al., 2014; Rueda, Pérez-García, 2004); ellas contrarrestan los factores de sufrimiento o vulnerabilidad. Estas estrategias de afrontamiento resolutivas y de reestructuración cognitiva son factores protectores (Di Marco, Keegan y Valentini, 2015).

Posteriormente, Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) plantearon una tercera forma de afrontamiento también basada en el modelo original propuesto por Lazarus y Folkman (1984), conocida como las estrategias centradas en la evitación. Estas estrategias también buscan la disminución de la tensión, pero utilizando actitudes de escape del evento estresor.

En estos casos, la persona asume un rol pasivo y tiende a eludir el confrontarse con la situación amenazante (Fickova, 2001). Las estrategias evitativas son modos de reacción no adaptativos ni funcionales. Dentro de estas se ubican las actitudes que propician la negación, el distanciamiento mental, la desvinculación, el uso de sustancias y la religión. Aunque la religión puede funcionar como una fuente de apoyo emocional tanto como una táctica para enfrentarse de forma activa al evento crítico.

Por lo tanto, dentro de las estrategias desadaptativas se ubican: la negación, la desvinculación comportamental, la autodistracción/desvinculación mental, la expresión de emociones negativas, la religión y el uso de sustancias.

Se podría decir que no existen respuestas de afrontamiento mejores que otras, sino que estas resultan ser funcionales o disfuncionales en la medida en que sean útiles para la adaptación. La evidencia de un afrontamiento adecuado se refleja en bienestar psicológico y emocional, buen funcionamiento social y buen estado de salud física.

De acuerdo a la literatura, un afrontamiento efectivo dependería de una mayor amplitud del repertorio de estilos y estrategias que la persona dispone para afrontar las distintas situaciones estresantes (Kleinke, 2007; Taylor, 2007).

El cáncer y sus tratamientos representan para los pacientes eventos estresantes que pueden generar repercusiones psicológicas. Frente a estas situaciones las personas plantean diferentes estrategias de afrontamiento. Estas estrategias pueden ser cruciales para la aceptación de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos. También hay autores que plantean que las estrategias son factores reguladores del bienestar, por lo que son fundamentales para la salud (Cassaretto y Paredes, 2006; Crespo y Cruzado, 1997; Holahan, Moos y Schaefer, 1996).

CAPITULO 3

El problema de investigación

3.1 Marco Epistemológico

Tal como se fundamenta en el apartado anterior, el cáncer de mama, por su incidencia y sobrevida, se torna un problema de salud pública que amerita ser estudiado desde las diferentes áreas que involucra y en diversas culturas. El diagnóstico de cáncer de mama, como evento disruptivo, puede generar repercusiones en todas las áreas de la vida (física, emocional, cognitiva, social, laboral). Tal como plantean Peuker, Armiliato, De Souza y Kern de Castro (2015), luego del diagnóstico se da lugar a una serie de tratamientos (radioterapia, quimioterapia, cirugías) prolongados en el tiempo, invasivos y que generan efectos secundarios adversos (náuseas, alopecia, mucositis, infecciones, ingresos hospitalarios y otros). Por otra parte, al significarse el cáncer relacionado con la muerte, instala un estado de temor persistente y la convivencia con la posible vulnerabilidad del sí mismo. Desde un enfoque psicooncológico, se supone que en estas condiciones las mujeres activan una serie de esquemas desadaptativos tempranos (EDT), vale decir, patrones de pensamiento y emociones, que condensan sensaciones, recuerdos, cogniciones, referidas a sí mismas y a su relación con los demás. A su vez, en este escenario la mujer elabora preguntas acerca de sí misma, su vida, los demás y su futuro, construye creencias sobre la enfermedad y los tratamientos y se interroga sobre las causas de su enfermedad. Los EDT, así como las representaciones cognitivas y emocionales que elabora la

mujer sobre el cáncer de mama, pueden incidir en las estrategias de afrontamiento de la enfermedad, en la toma de decisiones, el ajuste o la adaptación a la enfermedad (Parsonnet, 2017; Thomson, Heyworth, Girschik, et. al., 2014). Por consiguiente, tales procesos se considera que impactan en la calidad de vida durante el proceso de enfermedad (Bayés, 1991; Crespo y Cruzado, 1997; Stanton, Danoff-Burg y Huggins, 2002), entendiendo por tal la distancia entre la percepción subjetiva con respecto a su salud y la expectativa trazada.

Este proyecto de investigación surge a partir de la inquietud que genera la elevada prevalencia del cáncer en general y del cáncer de mama entre las mujeres uruguayas en particular. Así también, el incremento en la detección precoz —entre otros factores— ha llevado a una mayor sobrevivencia de mujeres con cáncer de mama, convirtiéndola en una enfermedad crónica. Por lo tanto, atender la CVRS de estas mujeres es un factor clave y cobra especial importancia en este escenario.

El proyecto busca valorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama durante las diferentes etapas de su tratamiento, identificando los esquemas disfuncionales tempranos prevalentes en estas circunstancias críticas y detectando las creencias y percepciones que las mujeres elaboran sobre la enfermedad. Se parte del supuesto que los esquemas desadaptativos tempranos y las creencias sobre la enfermedad determinan las estrategias de afrontamiento durante el tratamiento del cáncer de mama, impactando en la calidad de vida. Los antecedentes de investigaciones sobre el tema permiten suponer que al trabajar sobre los esquemas desadaptativos tempranos y las creencias en torno a la enfermedad una vez que se identifican, es posible incidir en las estrategias de afrontamiento y, por consiguiente, en la CVRS.

Son abundantes y controversiales las investigaciones a nivel internacional sobre los modelos de creencias en torno al cáncer de mama, las estrategias de afrontamiento en las diferentes etapas de la enfermedad y la repercusión en la calidad de vida. Sin embargo, hay poca in-

formación sobre los esquemas desadaptativos tempranos que prevalecen en las pacientes con cáncer de mama y la relación que guardan con las creencias y percepciones sobre la enfermedad, así como las estrategias de afrontamiento que movilizan y la CVRS.

Para nuestro medio el estudio y análisis de estas variables se torna una indagación novedosa y a su vez es complementaria a los estudios previos regionales e internacionales en el área de la psicooncología que giran en torno a calidad de vida en pacientes oncológicos.

3.2 Preguntas de investigación

1- ¿La CVRS, en la mujer con cáncer de mama, presenta diferencias significativas en función de la fase del tratamiento en la que se encuentra?

2- ¿Cuáles son los esquemas desadaptativos tempranos que prevalecen en las mujeres durante el tratamiento de cáncer de mama? ¿Es posible establecer una relación significativa entre los EDT y la CVRS?

3- ¿Cuáles son las creencias y percepciones sobre la enfermedad que plantean las mujeres con cáncer de mama? ¿Estas creencias y percepciones se asocian con la CVRS?

4- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento? ¿Es posible establecer una asociación entre las estrategias de afrontamiento empleadas y la CVRS?

5- ¿Los esquemas desadaptativos tempranos, las creencias y percepciones sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento operan como predictores de la CVRS en las mujeres con cáncer de mama durante los tratamientos?

3.3 Hipótesis de investigación

Las hipótesis de investigación se formulan considerando los antecedentes de investigaciones previas sobre la temática.

1- Se parte del supuesto que los distintos tratamientos por los que transita la mujer con cáncer de mama impactan de modo diferente sobre la calidad de vida. Se considera que hay tratamientos que generan mayor deterioro en la calidad de vida que otros, tales como la quimioterapia. Por otra parte se supone que la radioterapia adyuvante se asocia con un menor deterioro en comparación con la quimioterapia. A su vez, se sostiene la premisa que la cirugía conservadora se asocia a mejor calidad de vida en comparación con la mastectomía. Así también, la mastectomía radical sin reconstrucción parece asociarse a menor deterioro en la calidad de vida en comparación con la quimioterapia.

2- Se parte del supuesto que las pacientes con cáncer de mama utilizan esquemas desadaptativos tempranos de autosacrificio e inhibición emocional. Vale decir que en las mujeres con cáncer de mama se presenta una tendencia a elaborar la situación disruptiva a partir de un funcionamiento que lleva a la inhibición de la expresión de emociones, la supresión de las necesidades afectivas y los sentimientos negativos, evidenciando mayor preocupación sobre los demás antes que sobre los requerimientos propios.

3- Se parte de la hipótesis que las creencias y atribuciones sobre el cáncer influyen en la valoración de la CVRS, pudiendo favorecer u obstaculizar el ajuste a la enfermedad. Se considera que las percepciones negativas y atribuciones de culpabilidad se asocian con el detrimento de la CVRS en las mujeres con cáncer de mama. Así también se supone que cuando la percepción de enfermedad es amenazante en casi todas las dimensiones, la CVRS es igualmente baja y a la inversa. Por otra parte, y de forma complementaria, se considera que la percepción de control sobre la enfermedad se asocia con una mejor CVRS. En acuerdo con resultados de

estudios previos se establece la hipótesis que, cuando la mujer tiene la percepción de controlar la enfermedad, su valoración de la CVRS es más favorable.

4- Se plantea como hipótesis que algunas estrategias de afrontamiento permiten un mejor ajuste a la enfermedad y se asocian con la calidad de vida. De acuerdo a estudios revisados, se supone que las mujeres con cáncer de mama que utilizan estrategias centradas en la solución de problemas (optimismo, humor, búsqueda de apoyo social) presentan mejores niveles de ajuste a la enfermedad y CVRS. Por otra parte, se parte del supuesto que las estrategias de tipo evitativo correlacionan con menores niveles de calidad de vida.

5- En función de los supuestos anteriores, se establece la hipótesis que los esquemas desadaptativos tempranos, las creencias y percepciones sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento tienen valor predictivo de la CVRS en las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento.

3.4 Objetivos Generales:

Identificar patrones de funcionamiento psicológicos tales como: esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento utilizadas en mujeres con cáncer de mama en las distintas fases del tratamiento, valorando la asociación y el valor predictivo que guardan con la CVRS

3.5 Objetivos Específicos:

1- Describir la CVRS de las mujeres en tratamiento oncoespecífico por cáncer de mama e identificar la asociación entre esta y la situación clínica referida a la fase del tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormono e inmunoterapia).

2- Describir los esquemas desadaptativos tempranos que prevalecen en las mujeres durante el tratamiento del cáncer de mama y su relación con la CVRS.

3- Describir las creencias y percepciones sobre la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncoespecífico y su relación con la CVRS.

4- Describir las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres con cáncer de mama en tratamiento y su relación con la CVRS.

5- Determinar el valor predictivo que tienen sobre la CVRS los esquemas desadaptativos tempranos, las creencias y percepciones sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento.

CAPITULO 4

Metodología de investigación

4.1 Tipo de Estudio

Se realiza un estudio cuantitativo, no experimental, transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010) de carácter descriptivo correlacional, subtipo predictivo (Dankhe, 1986, en Fernández Collado, Dankhe).

Se valora la CVRS de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento (variable de resultado). A su vez, se indaga la asociación y el valor predictivo que tienen los esquemas desadaptativos tempranos, las creencias y percepciones de las mujeres sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento (variables asociadas) y características sociodemográficas y clínicas, sobre la CVRS.

4.2 Muestra

Se selecciona una muestra de pacientes, usuarias de centros de salud pertenecientes al sistema público de asistencia de la ciudad de Montevideo, Uruguay: el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), el Hospital de la Mujer, Hospital Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas, en las salas de espera de la consulta médica. La selección fue de carácter no probabilístico e intencional, con la finalidad de abarcar diferentes cualidades de la población: diversidad en la edad cronológica, en la fase de tratamiento ambulatorio, en el tipo biológico de cáncer (histología, receptores hormonales, expresión de HER2).

El universo lo conformaron las mujeres en tratamiento por cáncer de mama de diferentes subtipos histológicos y en diferentes estadios de la enfermedad (I, II, III y IV, de acuerdo a clasificación clínica del Cáncer de Mama), que se encontraban en tratamiento (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, cirugía), o habiendo finalizado en un lapso menor a los dos años alguno de ellos.

Se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- a) que haya transcurrido un mes desde el momento del diagnóstico y no más de dos años desde el último tratamiento oncoespecífico;
- b) participación voluntaria, anónima y que otorguen consentimiento informado para participar en el estudio;
- c) nivel cultural que habilite a la comprensión de los cuestionarios;
- d) asistencia a consulta ambulatoria en centros de salud de Uruguay.

Se pautaron como criterios de exclusión:

- a) presentar cualquier desorden mental, cognitivo o funcional que pudiera dificultar o impedir responder a los cuestionarios administrados por personal entrenado;
- b) estar consumiendo medicación psicoactiva;
- c) haber sido diagnosticada de otra patología grave o incapacitante aparte del cáncer.

La participación fue voluntaria, se acordó luego de informarles los objetivos de la investigación, requiriendo del consentimiento informado previo. Se negaron a participar del estudio 5 pacientes, 3 de las cuales refirieron no disponer de tiempo y 2 no mostraron interés.

Del total de la muestra integrada por 228 pacientes, 21 de ellas (10.1 %) se encontraban en etapa de remisión, habiendo recibido el último tratamiento oncoespecífico más de dos años atrás, por lo cual se las sacó de la muestra para el análisis. Se retiraron de la muestra 3 pacientes en etapa de recaída, sin tratamiento definido al momento de la entrevista.

4.3 Instrumentos:

Se realizaron entrevistas presenciales, estructuradas y dirigidas por personal entrenado.

En las entrevistas se utilizaron los siguientes instrumentos:

–**Formulario de datos sociodemográficos y clínicos biomédicos**, elaborado para este estudio con el fin de valorar las características de la muestra. Se incluyó información respecto a: edad, lugar de residencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, núcleo familiar, antecedentes neoplásicos personales y familiares, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento actual y tratamientos recibidos por el cáncer de mama, estadio de extensión de la enfermedad, consulta a un profesional de la salud mental (psiquiatra/psicólogo), ingesta de psicofármacos, intentos de autoeliminación (IAE), creencia religiosa (ANEXO V).

–**Test de Esquemas Tempranos** (Young Schema Questionnaire YSQ–CEY–VR) de Young & Brown, del cuestionario en su forma corta (YSQ–S3), adaptado al Uruguay, en su tercera edición traducida por L. Tineo (2008). Consta de 75 ítems que evalúan los mismos 15 EDT que en la versión original. Según estudios como el realizado por Glaser y cols (2002), presenta una buena validez de constructo, equiparable con la versión extensa del CEY. Debido a esto, el CEY abreviado representa una herramienta válida y «económica» de evaluar los EDT propuestos por Young (1999). Cada pregunta es evaluada por el paciente en términos de intensidad en una escala del 1 («totalmente falso») al 6 («me describe perfectamente»). Cada EDT es medido por 5 preguntas, siendo el máximo puntaje 30. Valora los patrones disfuncionales, formados por recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales que hacen referencia al análisis de uno mismo y de las relaciones con los demás. Esos patrones se originan durante la infancia a partir de representaciones basadas en la realidad y se van elaborando a lo largo de la vida, siendo disfuncionales posteriormente en grado significativo. El test en su

versión abreviada discrimina los siguientes esquemas tempranos desadaptativos, agrupados en 5 dominios:

| DOMINIO | ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS |
|----------------------------------|--|
| I - Desconexión y Rechazo | 1 - Abandono |
| | 2 – Desconfianza y abuso |
| | 3 - Deprivación Emocional |
| | 4 – Imperfección - Verguenza |
| | 5 - Aislamiento Social |
| II - Pobre Autonomía y Desempeño | 6 - Dependencia |
| | 7 - Vulnerabilidad al Daño o la Enfermedad |
| | 8 - Apego o yo inmaduro |
| | 9 - Fracaso |
| III - Límites insuficientes | 10 – Sobrevaloración o Grandiosidad |
| | 11 - Insuficiente autocontrol |
| IV - Tendencia hacia los otros | 12 – Sometimiento o Subyugación |
| | 13 - Autosacrificio |
| V – Hipervigilancia e inhibición | 14 - Inhibición emocional |
| | 15 – Metas inalcanzables |

Figura 1: Se describen los 5 Dominios y 15 EDT del Test de Young en su versión abreviada

En la versión larga, el cuestionario identifica 18 EDTs. Se incluye: Negativismo/Pesimismo, Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de Reconocimiento y Autocrítica/Castigo. El instrumento en su versión corta tiene una fiabilidad determinada por el coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre 0.74 y 0.89, según el estudio realizado por Cordero y Tiscornia (2014) en población uruguaya, aunque no específicamente en población con neoplasias (ANEXO VI).

–**Cuestionario de percepción de enfermedad:** (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-R) desarrollado originalmente por Broadbent, Petrie, Main y Weinman, (2006). La traducción al español fue desarrollada por Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick (2002) y validado a nivel lingüístico y psicométrico para población española (Pacheco-Huelgo, 2007). A partir de este instrumento se buscó conocer las representaciones cognitivas y emocionales, así como las atribuciones causales que otorgan al cáncer de mama las entrevistas-

tadas. Este cuestionario está basado en el Modelo de Autorregulación de sentido común de Leventhal. El cuestionario está formado por tres dimensiones que contienen ocho ítems que se responden utilizando un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0-10.

| DIMENSIONES | ÍTEMS | DESCRIPCIÓN |
|--|---|--|
| 1 - Representación cognitiva de la enfermedad | 1 -Consecuencias | Implicaciones físicas, sociales, económicas y emocionales que ocasiona la enfermedad |
| | 2- Dimensión temporal | Expectativa sobre evolución y duración de la enfermedad |
| | 3- Percepción de control sobre la enfermedad | Expectativa sobre su incidencia en la cura |
| | 4- Percepción de control sobre los tratamientos | Percepción sobre efectividad de los tratamientos |
| | 5- Identidad atribuida a la enfermedad | Variables que identifica la presencia o ausencia de enfermedad |
| 2 - Representación emocional sobre la enfermedad | 6 – Preocupación o conciencia de enfermedad | Preocupación que ocasiona la afección |
| | 7 – Representación emocional | Impacto emocional |
| 3 - Comprensión | 8 – Coherencia interna | Concordancia entre diagnóstico y tratamiento |

Figura 2: Se describen las dimensiones e ítems que indaga el cuestionario IPQR

La escala original no presenta el Alfa de Cronbach por las características psicométricas de la prueba, es decir, un solo ítem por dimensión.

La última dimensión se compone de una pregunta abierta ordinal con tres posibilidades de respuesta. Esta dimensión valora las atribuciones causales que el paciente otorga a la enfermedad a través de una respuesta abierta. Las pacientes informan las tres atribuciones asociadas a la etiología según su apreciación. Las respuestas de este ítem se agruparon en 6 categorías: 1) Atribuciones psicológicas; 2) Factores comportamentales; 3) Factores biológicos; 4) Mala suerte; 5) Falta de recursos; 6) Agentes químicos (Peuker, Armiliato, Vital, Kern, 2015) (ANEXO VII).

La escala Brief COPE de Carver, Scheier, Weintraub (1989), para evaluar las estrategias de afrontamiento en versión abreviada, ampliamente utilizada en investigaciones en salud. El instrumento consta de 12 subescalas con dos preguntas cada una, conformando un total de 24 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 “no hice esto en lo absoluto” a 4 “hice esto con mucha frecuencia”. La escala permite agrupar las estrategias categorizando aquellas centradas en el problema, en la emoción o evitativas. Se tomó para tal fin la categorización realizada por Morán, Landero y González (2010) y por Reich y Remor (2016).

| TIPO DE AFRONTAMIENTO | SUB ESCALA |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1 - Focalizado en el Problema | 1 - Afrontamiento activo |
| | 2 - Reinterpretación positiva |
| | 3 - Planificación |
| 2 - Focalizado en las Emociones | 4 - Apoyo emocional |
| | 5 - Expresión de emociones |
| | 6 - Humor |
| | 7 - Aceptación |
| 3- Afrontamiento Evitativo | 8 - Negación |
| | 9- Uso de sustancias |
| | 10 - Desvinculación comportamental |
| | 11 - Religión |
| | 12 - Autodistracción |

Figura 3: Se describen los tipos de afrontamiento y subescalas que valora el COPE-B

Por otra parte, también es posible agrupar las estrategias en adaptativas y desadaptativas. Dentro de las adaptativas se ubica: afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, y utilización de apoyo emocional. Las estrategias desadaptativas serían: negación, desvinculación comportamental, autodistracción/desvinculación mental, expresión de emociones negativas, religión, uso de sustancias.

Reich, Costa-Bar y Remor (2016) analizaron las propiedades psicométricas del Brief COPE, en su versión en castellano, a partir del estudio en una muestra de 203 mujeres adultas uruguayas. La fiabilidad y las evidencias de validez obtenidas con el Brief COPE para la presente muestra avalan su uso en el ámbito de la investigación en población del sexo femenino en Uruguay. El alfa de Cronbach global de la escala fue fiable de 0.84 (Reich y Remor 2011) (ANEXO VIII).

–**Cuestionario FACT-B** (4a Versión) para pacientes oncológicos, que evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en poblaciones adultas y fue adaptado al Uruguay. La escala está compuesta por 36 ítems distribuidos en dos componentes: uno general (27 ítems) y otro relacionado con los síntomas del cáncer de mama (nueve ítems). El cuestionario evalúa cinco dominios: bienestar físico (7 ítems), bienestar social/familiar (7 ítems), bienestar emocional (6 ítems), bienestar funcional (7 ítems) y una subescala específica relacionada con la enfermedad y con el tratamiento del cáncer de mama (9 ítems). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert con cinco niveles que van de 0 (nada) hasta cuatro (muchísimo). El puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje total de la escala resulta de la suma del resultado en cada dominio. Para efectuar la calificación de la escala algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso, de tal modo que los valores finales reflejen el hecho de que mayores puntajes correspondan a una mejor calidad de vida. El análisis de confiabilidad muestra una alta consistencia interna como lo indican los coeficientes alfa de Cronbach que van desde 0.-78 a 0.-91 (Dapueto, 2016) (ANEXO IX).

4.4 Procedimientos de recolección de la muestra

Se solicitó autorización a las direcciones de los hospitales (INCA, CHPR y Hospital de Clínicas) donde se realizó el trabajo de campo. Una vez obtenido los avales, se coordinó con los

responsables de las unidades oncológicas de cada institución para instrumentar las entrevistas. Se acordó con los referentes, el personal administrativo y enfermería, el procedimiento para referir a las pacientes y se dispuso de consultorio para las entrevistas.

Se capturaron las pacientes en las salas de espera de las consultas programadas en los centros asistenciales, de modo aleatorio durante un período de 6 meses en el año 2018 (mayo-octubre). Se finalizó el trabajo de campo cuando comenzó a repetirse la población.

Si bien todas las técnicas son factibles de ser auto-administradas, se optó porque fueran aplicadas por personal entrenado para el trabajo, de modo tal que se pudiera facilitar la lectura y comprensión de las preguntas. Se captó a las pacientes antes o después de las consultas médicas por control (de cirugía o tratamientos) o de los tratamientos por los que asistían al centro de salud (radioterapia, quimioterapia). Se invitó a las pacientes a participar de forma voluntaria. Previo a la toma se les leyó el consentimiento informado, el cual firmaron. Las entrevistas fueron individuales y tuvieron una duración de 45 a 50 minutos. Se administró en primer lugar el sociodemográfico, luego el FACT- B, le siguió el Test de EDT, el IPQ-R y el Brief-COPE.

4.5 Procedimiento de análisis de los datos

Los datos recolectados fueron volcados en una planilla de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, 2011*) versión 22.0 para su posterior análisis. Inicialmente se analizaron las características generales de la muestra.

Se consideró la CVRS como variable Y: endógena (resultado); como variable exógena (predictor) A: esquemas desadaptativos tempranos; variable exógena (predictor) B: creencias y percepciones sobre la enfermedad y variable exógena (predictor) C: estrategias de afrontamiento.

A las variables continuas se le realizaron test para evaluar su distribución normal, como son: la Asimetría, Curtosis y el test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizaron análisis de estadística descriptiva a través de la utilización de medidas de resumen (mediana) y de dispersión (rango intercuartil); para las variables discretas se utilizó las frecuencias relativas (porcentajes).

El instrumento IPQ-R consta de una parte referida a las atribuciones causales que consiste en una pregunta abierta en la que se solicita a la mujer que defina tres causas posibles a las que atribuye su enfermedad en orden de importancia. Para poder analizar las respuestas, estas fueron clasificadas de acuerdo a las siguientes categorías definidas por Peuker, Armiliato, Vital y Kern (2015): 1) Atribuciones psicológicas; 2) Factores de riesgos comportamentales; 3) Factores biológicos; 4) Mala suerte o destino; 5) Falta de recursos; 6) Agentes ambientales y químicos; 7) Lesiones. Para evaluar la validez de este instrumento se realizó un estudio de concordancia. Las respuestas de las pacientes fueron valoradas por tres jueces (estudiantes avanzados de psicología con experiencia en clínica e investigación). Ellos clasificaron de forma independiente y ciega las causas atribuidas al cáncer por las mujeres de toda la muestra. Se utilizó un formulario de categorización en el que cada juez asignó un número para cada categoría (1 a 6) de las respuestas proporcionadas por las participantes. Luego de la categorización de las respuestas por parte de los jueces, se realizó un análisis estadístico de la concordancia entre los jueces (Fleiss, Cohen y Everitt, 1969). Se consideró la concordancia como: 0 pobre, 0.01-0.20 leve, 0.21-0.40 aceptable, 0.41-0.60 moderada, 0.61-0.80 considerable 0.81-1 muy buena/casi perfecta.

Adicionalmente, se aplicaron test de estadística inferencial teniendo en cuenta la normalidad de las variables Anova y test no Paramétricos (Kruskal-Wallis y Mann Whitney). Se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05.

Para evaluar la dependencia lineal entre 2 variables cuantitativas se utilizó la correlación de Spearman y para establecer la relación independiente entre una variable dependiente cuantitativa y un conjunto de variables independientes cuantitativas se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.

Para establecer la relación entre una variable dependiente categórica y un conjunto de variables categóricas o cuantitativas se utilizó la regresión logística múltiple. Por último, se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple jerárquica para analizar la CVRS en función de variables socio-demográficas, clínicas y los diferentes tests psicológicos realizados. Se conformaron cuatro bloques:

-1ero.: variables sociodemográficas y clínicas. Se eligieron algunas de las variables que de acuerdo a los antecedentes bibliográficos y los datos que en esta investigación se consideran que inciden sobre la CVRS: edad, nivel educativo, zona de residencia, religión, soporte social, cirugía radical o no.

- 2do.: se tomó la variable psicológica de esquemas desadaptativos tempranos organizada en sus 5 dominios (1- Desconexión y rechazo, 2- Autonomía y desempeño deteriorados, 3- Límites inadecuados, 4- Tendencia hacia los otros, 5- Hipervigilancia e inhibición)

- 3ero.: se tomó la variable psicológica estrategias de afrontamiento, agrupadas en las modalidades de afrontamiento centradas en la emoción, en el problema y afrontamiento evitativo.

- 4to.: se consideró la variable psicológica referida a la percepción global en torno a la enfermedad.

Se utilizó como método introducir sucesivamente los bloques, calculándose los coeficientes de determinación R^2 , el cambio en el R^2 , los coeficientes estandarizados *Beta* con sus valores de significancia estadística.

4.6 Consideraciones éticas

Se presentó la documentación del proyecto al Comité de Ética de cada una de las instituciones: Facultad de Psicología (Udelar), INCA, CHPR y Hospital de Clínicas. Se elaboró para tal fin un documento referido a las consideraciones éticas y otro al consentimiento informado, atendiéndose a las normativas vigentes para realizar investigaciones con seres humanos.

En las consideraciones éticas se informó el propósito del proyecto, los procedimientos y protocolos utilizados, se advirtió sobre efectos secundarios, riesgos y molestias, así como beneficios, confidencialidad y resultados esperados (ANEXO X).

Por otra parte, se redactó un consentimiento informado que se leyó a cada una de las participantes solicitando la firma. En este documento, además de informar sobre los fines de la investigación y la confidencialidad, se explicitaron los derechos a no querer participar o interrumpir la participación en cualquier momento, sin que tal decisión generara repercusión alguna. Se entregó el nombre y contacto del referente de la investigación considerando requerimientos de comunicación que surgieran posteriormente (ANEXO XI).

CAPITULO 5

Resultados de la investigación

En este capítulo se presentan los datos recolectados en la investigación. En primer término, se describen las características sociodemográficas y clínicas biológicas de la muestra, luego los resultados relativos a las variables psicológicas comenzando por CVRS, EDT, IPQ-R y, por último el Brief-COPE.

A efectos de la claridad de la exposición, se describen los resultados obtenidos a partir de cada uno de los instrumentos utilizados, incluyendo los análisis estadísticos y las correlaciones respectivas, cerrando cada apartado con su discusión y análisis.

5.1. Caracterización de la muestra

Se utilizan dos niveles de descriptores para identificar la muestra: las características socio-demográficas y clínico-biológicas referidas a los tratamientos oncológicos instrumentados por el equipo de salud.

Esta sección se divide en dos apartados: uno referido a las características socio-demográficas y otro a las clínico-biológicas de las pacientes.

5.1.1 Características socio-demográficas de la muestra

En la tabla 1 se muestran las características socio-demográficas de la muestra de estudio (n=205). La muestra estudiada presenta una mediana de 58.0 años, con un rango intercuartil

(RIQ) de 50-66 años. El 56.0 % de la muestra se ubicó entre los 41 y 60 años, el 40.0 % entre los 61 y 89 años y el 4.0 % entre los 32 y 40 años.

Con respecto al lugar de residencia, el 49.8 % de la muestra pertenecía al interior del país.

En relación al estado civil el 39.7 % de las mujeres estaba casada o en unión libre, mientras que el resto no estaba en pareja.

El 94.6 % de las mujeres de la muestra tuvieron hijos y al momento de la entrevista el 85.6 % vivía acompañada.

En relación al nivel educativo, el 56.1 % de la muestra tenía estudios primarios y el 34.5 % refirió tener estudios secundarios. Con respecto a la situación laboral, el 71.1 % de la muestra se encontraba inactiva. En cuanto a las creencias religiosas, el 88.2 % de la muestra es creyente, aunque el 65.8 % no es practicante.

Tabla I

Características socio-demográficas de la muestra

N= 205

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Edad , mediana ± (RIQ)* , años | 58.0±11.1 (50-66) |
| Residencia | |
| Montevideo (%) | 101 (49.8 %) |
| Interior (%) | 102 (50.2 %) |
| Estado Civil | |
| Casada o unión libre (%) | 81 (39.7 %) |
| Divorciada (%) | 53 (26.0 %) |
| Soltera (%) | 39 (19.1 %) |
| Viuda (%) | 31 (15.2 %) |
| Núcleo Familiar | |
| Hogar Unitario (%) | 14.5 |
| Vive con familia u otros (%) | 85.5 |
| Nivel Educativo | |
| Primaria (%) | 114 (56.1 %) |
| Secundaria (%) | 70 (34.5 %) |
| Estudios técnicos (%) | 9 (4.4 %) |
| Estudios terciarios (%) | 10 (4.9 %) |
| Situación Laboral | |
| Inactiva (%) | 143 (71.1 %) |
| Jubilada (%) | 67 (33.3 %) |
| Desempleada (%) | 55 (27.4 %) |
| Licencia (%) | 21 (10.4 %) |
| En actividad (%) | 58 (28.9 %) |
| Religión | |

| | |
|--------------------|--------------|
| Creyente (%) | 201 (88.2 %) |
| No Practicante (%) | 102 (65.8 %) |
| No creyente (%) | 25 (11.8 %) |

RIQ: Rango intercuartil

Con respecto a indicadores de salud mental, se recabaron los datos mostrados en la siguiente tabla: consulta con psicólogo, psiquiatra, consumo de psicofármacos y antecedentes de intento de autoeliminación (IAE).

Tabla II

Características de salud mental

| n= 205 | (%) |
|--------------------------------|--------------|
| Consulta con Psicólogo | |
| No ha consultado | 113 (55.1 %) |
| Consultó durante enfermedad | 92 (44.9 %) |
| Consulta con Psiquiatra | |
| No ha consultada | 145 (70.7 %) |
| Consultó | 60 (29.3 %) |
| Psicofármacos | |
| No consume | 147 (71.7 %) |
| Consume | 58 (28.3 %) |
| IAE* | |
| Presenta antecedente | 12 (5.9 %) |

*IAE: intento de autoeliminación

En síntesis: la mayoría de las mujeres de la muestra en tratamiento por cáncer de mama, tiene una edad promedio de 58 años, son casadas, han tenido hijos y conviven con familiares. La mitad reside en el interior del país y la otra mitad en la capital. La mayor parte de ellas ha tenido acceso a estudios primarios y una parte menor a estudios secundarios. Así también la mayor parte se encuentra inactiva a nivel laboral y se define a nivel religioso como creyente. La mitad de ellas han consultado al psicólogo, pero no han requerido tratamiento psiquiátrico ni farmacológico.

5.1.2 Características clínico-biológicas de la muestra

En la siguiente tabla se muestra las características clínico-biológicas de cáncer de mama de las pacientes incluidas. Del total de la muestra (n= 228) al momento de la entrevista, el 89.5 % se encuentra en algún tratamiento oncoespecífico, mientras que el 9.2 % en estado de remisión y el 1.3 % en recaída. Por lo que la muestra representa mayoritariamente a pacientes que se encuentran bajo tratamiento.

Tabla III

Características clínico-biológicas del cáncer de mama

| n=228 | (%) |
|---|--------------|
| Bajo Tratamiento | 205 (89.5 %) |
| Quimioterapia | 77 (37.6 %) |
| Hormonoterapia y/o Inmunoterapia | 65 (31.7 %) |
| Radioterapia | 34 (16.6 %) |
| Cirugía reciente | 29 (14.1 %) |
| En remisión | 21 (9.2 %) |
| En recaída o progresión | 3 (1.3 %) |
| Diagnóstico Oncológico previo | 15 (7.6 %) |
| Antecedentes familiares de cáncer mama | |
| Primer grado | 100 (52.1 %) |
| Segundo grado | 45 (23.4 %) |
| Sin antecedentes | 47 (24.5 %) |

Dentro del grupo de pacientes que fueron sometidas a cirugía (196 pacientes del total), el 68.6 % se realizó cirugía que afecta de manera menor la imagen corporal de la paciente: lumpectomía, mastectomía parcial o mastectomía radical con reconstrucción; mientras que el 31.4 % se realizaron mastectomía total sin reconstrucción, lo que determina la pérdida total de la glándula mamaria.

Tabla IV

Tipo de Cirugía realizada para tratamiento del cáncer de mama

| n=205 | (%) |
|---|---------------------|
| Cirugía con menor afectación de imagen | 131 (68.6 %) |
| Lumpectomía | 47 (24.6 %) |
| Mastectomía parcial | 69 (36.1 %) |
| Mastectomía radical con reconstrucción | 15 (7.9%) |
| Mastectomía radical sin reconstrucción | 60 (31.4%) |

En síntesis: se registró un porcentaje importante, al momento de recabar los datos de mujeres transitando la quimioterapia (37.6 %), casi tantas como en tratamientos de hormono e inmunoterapia (31.7 %). Si bien al momento de la entrevista solamente el 14.1 % de las mujeres se encontraba en control por cirugía reciente, el 95.6 % de la muestra en algún momento fue intervenida quirúrgicamente. De ellas la mayoría tienen conservada la mama, si bien solamente un porcentaje muy bajo (7.9 %) se había realizado reconstrucción mamaria.

5. 2. Variables psicológicas

Se presentan a continuación los resultados de las variables psicológicas estudiadas. En primer lugar, aquellos referidos a la CVRS, luego a los EDT, siguiendo por el IPQ y por último el Brief-COPE. Se plantean los análisis estadísticos para cada uno de ellos en sucesivos apartados. Se exponen los resultados generales, luego la asociación de cada una de las variables con las características sociodemográficas y posteriormente con las clínicas. Se finaliza cada apartado con una discusión general sobre los resultados.

5.2.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

5.2.1.1 Descripción general de los resultados

Se valoró la CVRS de 203 mujeres en tratamiento utilizando el FACT-B (2 de ellas no contestaron el cuestionario). El FACT-B está compuesto por cinco subescalas que indagan bienestar físico, socio-familiar, emocional, funcional y síntomas relativos al cáncer de mama.

La escala global de *calidad de vida* tiene un rango que va de 0 a 148. Se obtuvo en la muestra de pacientes en tratamiento oncoespecífico una mediana de FACT-B Global de 105 (RIQ 82-118).

Las medianas y rangos intercuartil de las subescalas de FACT-B se muestran en la Tabla V.

La subescala *estado físico general de la salud*, indaga la presencia de síntomas generales (falta de energía, náuseas, dolor, dificultades para atender las necesidades de la familia, efectos secundarios de los tratamientos, requerimientos de permanecer en cama y sentirse enferma) en un rango que va de 0 a 28. La subescala *ambiente familiar y social* valora la percepción que tiene el paciente de su relación con el entorno: el apoyo recibido, la comunicación y la cercanía en el vínculo; en un rango de 0 a 28. La subescala *estado emocional* valora los sentimientos de tristeza, nerviosismo, preocupaciones por la enfermedad y la muerte, la esperanza, la actitud ante la enfermedad; tiene un rango que va de 0 a 24. La subescala de *desempeño de funciones generales*, valora la capacidad para trabajar, disfrutar de la vida, dormir, aceptación de la enfermedad, tiempo libre, etc., dentro de un rango que va entre 0 a 28. La última subescala valora síntomas específicos vinculados con el cáncer de mama y/o sus tratamientos, en un rango que va de 0 a 40.

La siguiente tabla muestra las medianas y rango intercuartil para cada una de las subescalas.

Tabla V

CVRS: FACT-B

| n=203 | Rango de escala Mediana | |
|------------------------------------|-------------------------|------------------|
| | (RIQ)* | |
| Estado físico | 0 – 28 | 22.0 (16.0-26.0) |
| Ambiente familiar y social | 0 – 28 | 20.0 (15.0-24.0) |
| Estado emocional | 0 – 24 | 18.0 (14.0-22.0) |
| Funcionamiento personal | 0 – 28 | 20.5 (15.0-25.0) |
| Síntomas vinculados cáncer de mama | 0 – 40 | 26.0 (21.0-30.0) |

*RIQ: rango intercuartil

5.2.1.2 CVRS y variables sociodemográficas

Se buscó asociación entre CVRS y variables sociodemográficas tales como: edad, nivel educativo, residencia, composición familiar, desempeño laboral, religión. No se encontraron asociaciones significativas.

5.2.1.3 CVRS y variables clínico-biológicas

Posteriormente, se buscó asociación entre la CVRS y el tipo de tratamiento que estaban recibiendo en el momento de la evaluación. El 36.9 % (n=75) de las pacientes se encontraban en tratamiento de quimioterapia, el 32.0 % (n=65) en hormonoterapia y/o inmunoterapia, el 16.7 % (n=34) en radioterapia, el 14.3 % (n=29) posterior a una cirugía.

Al comparar la calidad de vida de las mujeres que se encuentran recibiendo diferentes tipos de tratamiento, no se registraron diferencias significativas en ninguna de las subescalas ni en la percepción global de CVRS entre quienes finalizaron los tratamientos y tampoco entre

quienes se encuentran en quimioterapia, radioterapia, cirugía u hormonoterapia/inmunoterapia.

En un rango de calidad de vida total que va de 0 a 148, la mediana se ubica entre 100.0 para las mujeres en quimioterapia y 111.7 para las que están en radioterapia. Los valores obtenidos en las sub escalas se ubican para todos los casos por encima de la media para su escala (Tabla VI).

Tabla VI

FACT-B en función del tratamiento recibido al momento de la entrevista

| n=203 | Sin Tratamiento Mediana (RIQ)* | Radioterapia Mediana (RIQ)* | Quimioterapia Mediana (RIQ)* | Cirugía Mediana (RIQ)* | Hormono terapia y/o Inmunoterapia Mediana (RIQ)* | Valor de p** |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---|--------------|
| Estado Físico | 17.0 (15.0-26.0) | 24.0 (17.0-27.0) | 23.0 (15.0-25.0) | 21.0 (20.0-26.0) | 22.0 (15.0-26.0) | 0.47 |
| Ambiente familiar y social | 18.0 (11.00- 24.0) | 18.0 (14.0-23.3) | 19.5 (14.0-24.7) | 22.0 (17.0-23.0) | 19.0 (16.0-23.0) | 0.89 |
| Estado emocional | 17.0 (11.0 – 22.0) | 19.0 (14.0-22.0) | 17.5 (12.5-21.0) | 17.0 (13.0-22.0) | 18.0 (15.0-21.0) | 0.82 |
| Funcionamiento personal | 19.0 (11.00 – 23.0) | 22.0 (15.0-25.0) | 19.0 (14.0-24.5) | 22.0 (14.0-25.5) | 21.0 (17.0-25.0) | 0.65 |
| Síntomas vinculados cáncer de mama | 23.0 (22.0- 30.0) | 28.0 (23.0-30.0) | 25.0 (20.0-30.0) | 26.0 (22.0-31.5) | 25.0 (20.0-29.0) | 0.66 |
| FACT-Global | 101.0 (81.0- 115.0) | 111.7 (87.0-123.0) | 100.0 (81.9-118.0) | 107.0 (82.0-115.0) | 105.0 (85.0-116.0) | 0.59 |

*RIQ: rango intercuarti/

**Prueba Kruskal-Wallis

Por otra parte, se estudió la CVRS en las mujeres que fueron sometidas a cirugía en algún momento de su tratamiento. Estas representan el 95.6% de la muestra. Se estudió la asociación entre CVRS y el tipo de cirugía realizado. Las mujeres que recibieron mastectomía total sin reconstrucción mamaria, obtuvieron un índice de CVRS en la subescala física significativamente más bajo que las que recibieron lumpectomía o mastectomía con reconstrucción (Tabla VII).

Tabla VII

FACT-B en función del tipo de cirugía realizada

| n=203 | Lumpectomía Mediana (RIQ)* | Mastectomía parcial Mediana (RIQ)* | Mastectomía radical con reconstrucción Mediana (RIQ)* | Mastectomía radical sin reconstrucción Mediana (RIQ)* | Valor de p** |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---|---|--------------------|
| Estado Físico | 25.0 (20.0-27.0) | 20.0 (15.0-25.0) | 24.0 (16.0-26.0) | 21.5 (14.5-25.0) | 0.009 |
| Ambiente familiar y social | 20.0 (15.0-24.0) | 20.5 (15.0-26.0) | 20.0 (12.0-25.0) | 19.0 (14.5-22.0) | 0.45 |
| Estado emocional | 18.0 (14.0-21.0) | 18.0 (14.0-22.0) | 18.0 (15.0-23.0) | 17.5 (12.0-23.0) | 0.81 |
| Funcionamiento personal | 21.0 (16.0-22.0) | 20.0 (13.0-25.0) | 20.0 (14.0-25.0) | 21.0 (16.5-24.0) | 0.98 |
| Síntomas vinculados | | | | | |
| cáncer de mama | 25.0 (20.0-31.0) | 26.0 (22.0-29.0) | 27.0 (22.0-34.0) | 24.0 (22.0-31.0) | 0.88 |
| FACT-Global | 107.0 (85.0-119.0) | 104.5 (79.0-118.0) | 115.0 (81.0-124.0) | 103.0 (86.0-113.0) | 0.63 |

*RIQ: rango intercuartil

**Prueba Kruskal-Wallis

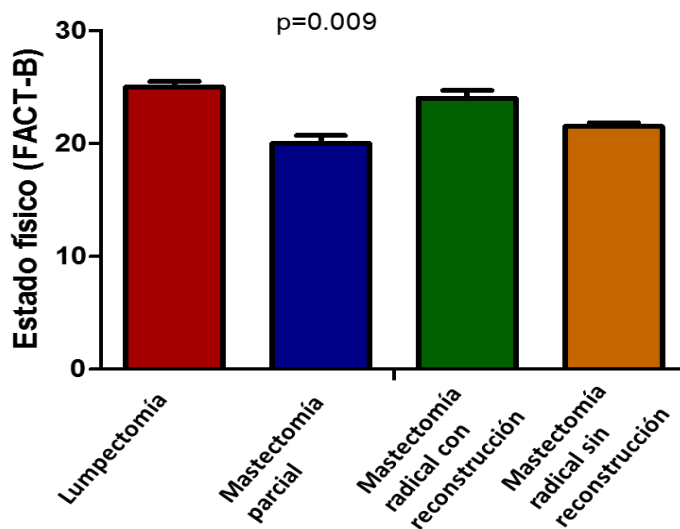


Figura 4. Se muestra la subescala Estado físico del FACT-B, en función de tipo de cirugía. Se expresa en mediana±RIQ.

5.2.1.4 Discusión y análisis

Los resultados muestran que la valoración que realizan las mujeres con cáncer de mama durante su tratamiento sobre la CVRS en términos generales es buena, ya que el valor promedio obtenido se ubica por encima de la media de la escala. Estos resultados son similares a los encontrados por Sánchez-Pedraza, Sierra-Matamoros y López-Daza, (2012), Recalde y Samudio (2012), Pineda Higueta, Andrade Mosquera y Montoya Jaramillo, (2017) y Lopes et. al. (2018). En todos estos estudios llevados a cabo con mujeres con cáncer de mama durante su tratamiento y con un promedio de edad similar, se encontró una buena CVRS.

Si se considera que el constructo CVRS valora la distancia entre las expectativas y preocupaciones previas y las presentes, parecería que no hay una valoración demasiado discordante. Las mujeres de este estudio (y también de los otros citados) no valoran un distanciamiento importante entre las expectativas que tenían sobre la enfermedad y los tratamientos y aquellas que perciben en la situación por la que están pasando al momento de ser evaluadas. De otro

modo se podría decir que la valoración que hacen de la enfermedad y los tratamientos no es percibida como generadora de afectaciones importantes en relación con las expectativas y las valoraciones que realizan sobre el bienestar.

Esta valoración de la CVRS podría estar relacionada con la edad promedio de la muestra con la que se trabajó. Según estudios publicados (Sánchez-Pedraza, Sierra-Matamoros y López-Daza, 2012), la expectativa de bienestar en las mujeres de más de 50 años plantea menores exigencias en relación con las más jóvenes. Por lo cual podría sostenerse que, en las mujeres de la muestra, cuya media de edad es de 58.2 años, la valoración del bienestar se podría asociar a expectativas no tan exigentes. En el estudio citado anteriormente, la expectativa de las mujeres mayores de 50 se asociaba con la conservación de la capacidad funcional y el disfrute, y las de más de 60 con el bienestar espiritual.

El análisis de las subescalas que componen la CVRS permite registrar que en todas las dimensiones estudiadas se presenta una valoración de bienestar (físico, emocional, social y funcional) habitual o esperado a consecuencia de la enfermedad, que se ubica por encima de la media, lo cual da cuenta de una relación de concordancia con las expectativas generadas previamente.

Con respecto a la hipótesis sobre el impacto de los distintos tratamientos por los que transita la mujer con cáncer de mama sobre la calidad de vida, se encontró en esta investigación que no hay diferencias significativas en la valoración de la CVRS entre las mujeres en quimioterapia, radioterapia, hormono e inmunoterapia o postcirugía. Similares resultados fueron reportados por Dapuetto, Servente, Francolino y Hahn (2005) en población oncológica uruguaya, donde tampoco registró efectos significativos en la calidad de vida global ni funcional de los pacientes según los tratamientos. Es probable que estos resultados se deban a que en términos generales toda la población tiene buenos niveles de scores de CVRS.

Sin embargo, cuando se estudia la valoración que hacen de la CVRS las mujeres que fueron operadas aparecen diferencias significativas según el tipo de cirugía que se les realizó (ra-

dical vs más conservador). Por un lado, parecería que la CVRS es una variable sensible con el paso del tiempo. Ruiz Carreño y Almansa Martínez (2012) también encontró en su estudio que, después de cuatro o más años de diagnóstico, las mujeres describen problemas en todas las dimensiones valoradas en los cuestionarios. Para el caso de este estudio, el 14 % de las mujeres que habían salido de la cirugía no presentaron en lo inmediato diferencias significativas en su valoración de la CVRS con respecto a las mujeres en quimioterapia, radioterapia u hormono e inmunoterapia. Sin embargo, el 95.6 % de las pacientes en algún momento fueron sometidas a cirugía y en los tipos de cirugía por las que pasaron se registraron diferencias significativas en la CVRS. La valoración que hacen las mujeres con mastectomía radical sin reconstrucción se encontró sensiblemente descendida con respecto a los otros tipos de cirugía más conservadoras (lumpectomía o radical con reconstrucción mamaria). Datos similares encontraron Bajuk y Reich (2011), Reich y Remor (2011) y Gargantini y Casari (2019). El tipo de cirugía tiene una importante incidencia en la CVRS. En todos estos estudios se encontró que las pacientes que se sometieron a cirugía sin reconstrucción presentaron niveles de CVRS significativamente más bajos, en especial en la subescala física. Por lo tanto, se podría considerar que la imagen corporal se ve afectada frente al cáncer de mama, siendo un factor significativo para la valoración de la calidad de vida durante el proceso de afrontamiento de los tratamientos.

5.2.2 Esquemas Desadaptativos Tempranos

5.2.2.1 Descripción general de los resultados

Se realiza un análisis descriptivo del Test de Esquemas Tempranos (Young Schema Questionnaire YSQ-CEY-VR), por medio del cual se valoran los 15 esquemas y 5 dominios utilizando medidas de resumen central y dispersión (mediana y rango intercuartil).

Los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) refieren a comportamientos, creencias y sentimientos estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, a partir del temperamento, las necesidades no satisfechas y experiencias sostenidas a lo largo de la vida, que resultan significativamente disfuncionales. Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores (Young, 1999), activándose en situaciones de estrés. Se categorizan en 15 y son los siguientes: Dominio I: Desconexión y rechazo: 1. Abandono, 2. Desconfianza y abuso, 3. Deprivación emocional, 4. Imperfección-vergüenza, 5. Aislamiento social. Dominio II: Pobre autonomía y desempeño: 6. Dependencia, 7. Vulnerabilidad al daño o la enfermedad, 8. Apego o yo inmaduro, 9. Fracaso. Dominio III: Límites insuficientes: 10. Sobrevaloración, 11. Insuficiente autocontrol. Dominio IV: Tendencia hacia los otros: 12. Sometimimiento o subyugación, 13. Autosacrificio. Dominio V: Hipervigilancia e inhibición: 14. Inhibición emocional, 15. Metas inalcanzables.

Se valoró la puntuación de los 15 esquemas desadaptativos tempranos. La escala admite un rango de 0 a 30 para cada uno de ellos. Los EDT que aparecen más activos y por encima de la media para su rango son el *Autosacrificio* 24.0 (17.0-29.0) y el de *Metas Inalcanzables* 18.0 (13.0-23.7). El EDT de *Autosacrificio* se caracteriza por la dedicación excesiva sobre la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, en detrimento de la propia satisfacción. La persona asume comportamientos que tienen como fin evitar causar dolor a los demás. El EDT de *Metas inalcanzables* refiere a creencias relacionadas con un elevado esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica. Esta creencia provoca sentimientos de presión y una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás. Trae como consecuencia un deterioro significativo del placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias.

Posteriormente le siguen el resto de los EDT que se ubican según la frecuencia en el siguiente orden (Tabla VIII):

- **Sobrevaloración:** con él la persona experimenta un sentido elevado de la propia autovaloración y por eso el demérito a las necesidades de los otros.

- **Abandono:** hace referencia a la vivencia que los demás son personas inestables emocionalmente en los que no se puede confiar ni recibir apoyo emocional o vínculos de protección. Predomina el temor y la preocupación de ser abandonados por personas significativas.

- **Insuficiente autocontrol:** hace referencia a la dificultad para controlar las propias emociones, que lleva a limitar la expresión de las mismas y controlar los impulsos.

- **Inhibición emocional:** tiene que ver con la contención excesiva de comportamientos y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea con el fin de evitar la desaprobación de los demás. Las áreas sobre las que se produce la inhibición son la agresión, la ira, el disfrute, los afectos positivos, el juego, la excitación sexual. Cuando predomina este esquema es común encontrar que la persona pone un énfasis excesivo en la racionalización y desprecia las emociones.

- **Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad:** genera la creencia de estar expuesto a situaciones de catástrofes inminentes e incontrolables.

- **Deprivación emocional:** promueve la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros.

- **Desconfianza y abuso:** hace referencia a la creencia que las otras personas, ya sea intencionalmente o por negligencia, lastimarán o se aprovecharán, y harán a la persona víctima de abusos, humillaciones, engaños o mentiras.

- **Aislamiento social:** lleva a que la persona no logra integrarse, en tanto promueve la convicción de ser diferentes, tomando por conductas el mantenerse en la periferia o evitar los grupos.

- **Sometimiento:** activa creencias que el otro va a actuar con agresividad, revancha o abandono si la persona expresa sus emociones, por lo cual opera coartando la expresión de estas.

- Fracaso: durante su activación el paciente tiene la idea que va a fracasar, se creen inep-
tos, poco inteligentes, sin talento o aptitudes.

- Imperfección/vergüenza: cuando activa este esquema la persona siente que tiene fallas y
por eso no es merecedor de afecto.

- Dependencia: refiere a creencias de no ser capaz realizar cosas sencillas sin la ayuda de
alguien por sentirse incompetentes y vivirse desamparados.

- Apego: refiere a una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significa-
tivas (con frecuencia los padres) a expensas de una individuación completa o de un desarrollo
social normal.

Tabla VIII

Esquemas desadaptativos tempranos.

| n=196 | Mediana (RIQ)* |
|--|------------------|
| Autosacrificio | 24.0 (17-29) |
| Metas Inalcanzables | 18.0 (13.0-23.7) |
| Sobrevaloración | 11.0 (8.0-17.5) |
| Abandono | 9.0 (5.0-18.0) |
| Insuficiente autocontrol | 10.0 (7.0-15.0) |
| Inhibición emocional | 9.0 (5.0-16.0) |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 9.0 (5.0-15.0) |
| Aislamiento social | 8.0 (5.0-12.0) |
| Subyugación o sometimiento | 9.0 (5.0-15.0) |
| Fracaso | 8.0 (5.0-11.0) |
| Deprivación emocional | 7.0 (5.0-15.7) |
| Desconfianza y abuso | 7.0 (5.0-14.0) |
| Imperfección / vergüenza | 7.0 (5.0-10.0) |
| Dependencia | 5.0 (5.0-9.0) |
| Apego | 5.0 (5.0-8.0) |

*RIQ: rango intercuartil

Se organizaron los EDT en Dominios y se registró que el Dominio 1: «Desconexión y rechazo» donde se agrupan los esquemas de: abandono, desconfianza-abuso, privación emocional, imperfección-vergüenza y aislamiento social, es aquel que se presentó con mayor frecuencia (mediana: 42.0 RIQ 31-64.5). Este dominio refiere a necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación. Las personas que tienden a activar estos esquemas tienen dificultades para establecer vínculos de apego, seguros y establecen vínculos agresivos.

Le sigue el Dominio 4: «Tendencia hacia los otros», con una mediana de 33.0 (24-37.7), compuesto por los esquemas de autosacrificio y sometimiento, donde las necesidades insatisfechas se vinculan con la libertad de expresar las necesidades y las emociones. La activación de estos esquemas lleva a actitudes centradas excesivamente en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades.

El Dominio 2: «Autonomía y desempeño deteriorados», con una mediana 31.5 (25.0-43.0), integra los esquemas de dependencia-incompetencia, vulnerabilidad al daño o enfermedad, apego-identidad no desarrollada y fracaso, le sigue en frecuencia al Dominio 4. Las necesidades no satisfechas del Dominio 2 tienen que ver con la autonomía, la competencia y el sentido de identidad. Estos esquemas generan creencias sobre sí mismo y el ambiente que interfieren con la percepción de la propia capacidad para separarse y funcionar independientemente, prevaleciendo actitudes de baja confianza en las habilidades para afrontar situaciones.

Posteriormente se encuentra el Dominio 3: «Límites inadecuados», con una mediana de 23.0 (16.0-31.0). Este dominio está compuesto por los esquemas de grandiosidad e insuficiente autocontrol o autodisciplina. Las necesidades no satisfechas se vinculan con los límites realistas y el autocontrol. Hace referencia a la deficiencia en el manejo de los límites internos.

Por último, el dominio 5: «Hipervigilancia e inhibición» obtiene una mediana de 9.0 (5.0-16.0). Se compone de los esquemas de inhibición emocional y metas inalcanzables. Las necesidades comprometidas son las de espontaneidad y juego. Este dominio se relaciona con esquemas que ponen un énfasis excesivo en la supresión de los sentimientos espontáneos e im-

pulsos y en el acatamiento de reglas, conducta ética acompañado de expectativas rígidas. (Figura 4)

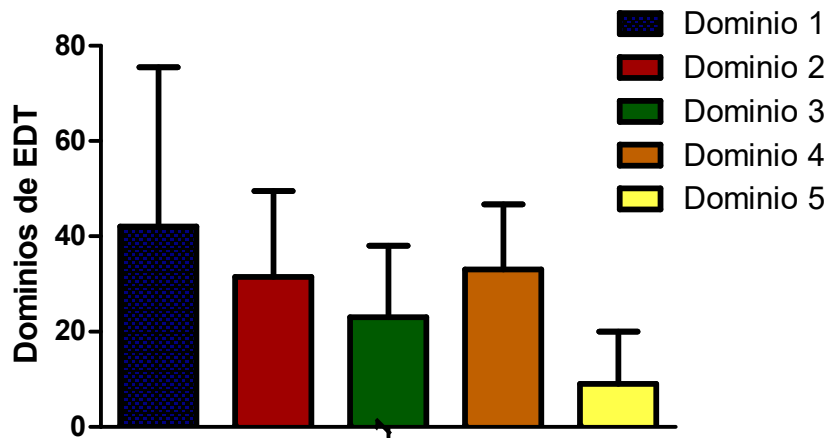


Figura 5: Dominios de EDT. Se muestra media y rangos intercuartil.

5.2.2.2 EDT y variables sociodemográficas

Se estudió la relación entre los diferentes esquemas y las variables sociodemográficas. Se encontró que el nivel educativo se asocia de modo significativo con los esquemas de fracaso, dependencia e inhibición emocional. Al estudiar el tipo de asociación que se establece se encontró que las mujeres con menores niveles educativos son las que más utilizan dichos esquemas. Las otras variables sociodemográficas no mostraron asociación significativa con los esquemas utilizados.

5.2.2.3 EDT y variables clínico- biológicas

A través de test no paramétricos, se compararon los diferentes EDT y los dominios de las pacientes se encontraban en tratamiento, con respecto a las pacientes que ya habían terminado el tratamiento al momento de la recolección de los datos. Se obtuvo una diferencia significativa

en los EDT de Sobrevaloración y Aislamiento social, así como en el Dominio 3, “Límites inadecuados”. En las tres situaciones, dichos EDT se encontraban más activos en las pacientes sin tratamiento al momento de la entrevista. Dado que el número (n) de pacientes que había finalizado el tratamiento es bajo (n=21), estos resultados son preliminares y deberían confirmarse con un mayor n para darle un valor definitivo (Tabla IX y Figura 6).

Tabla IX.

Esquemas desadaptativos tempranos en función del Tratamiento recibido al momento de la entrevista.

| n=196 | En tratamiento actual (mediana-RIQ)* | Sin tratamiento actual (mediana-RIQ)* | Valor de p** |
|---|---|--|-----------------|
| Autosacrificio | 24.0 (17.0-29.0) | 25.0 (17.0-30.0) | 0.57 |
| Metas Inalcanzables | 18.0 (13.0-23.5) | 20.0 (13.0-25.0) | 0.71 |
| Sobrevaloración | 11.0 (8.0-17.5) | 15.0 (10.0-21.0) | 0.030 |
| Abandono | 9.0 (5.0-18.0) | 11.0 (5.0-21.0) | 0.44 |
| Insuficiente autocontrol | 10.0 (7.0-15.0) | 13.0 (10.0-18.0) | 0.051 |
| Inhibición emocional | 9.0 (5.0-16.0) | 10.0 (5.0-15.0) | 0.50 |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 9.0 (5.0-15.0) | 10.0 (5.0-15.0) | 0.46 |
| Aislamiento social | 8.0 (5.0-12.0) | 12.0 (9.0-15.0) | 0.014 |
| Sometimiento | 8.0 (5.0-12.0) | 8.0 (5.0-11.0) | 0.58 |
| Fracaso | 8.0 (5.0-11.0) | 9.0 (6.0-12.0) | 0.26 |
| Deprivación emocional | 7.0 (5.0-16.0) | 11.0 (5.0-19.0) | 0.30 |
| Desconfianza y abuso | 7.0 (5.0-14.0) | 8.0 (5.0-16.0) | 0.64 |
| Imperfección / vergüenza | 7.0 (5.0-10.0) | 9.0 (5.0-12.0) | 0.12 |
| Dependencia | 5.0 (5.0-9.0) | 5.0 (5.0-8.0) | 0.80 |
| Apego | 5.0 (5.0-8.0) | 5.0 (5.0-10.0) | 0.56 |
| Dominio 1 | 42.5 (31.0-66.0) | 53.0 (37.0-85.0) | 0.11 |
| Dominio 2 | 31.0 (25.0-43.0) | 30.0 (26.0-44.0) | 0.67 |
| Dominio 3 | 23.0 (16.0-31.0) | 30.0 (20.0-38.0) | 0.024 |
| Dominio 4 | 33.0 (24.0-37.0) | 32.5 (27.0-35.0) | 0.72 |
| Dominio 5 | 9.0 (5.0-16.0) | 10.0 (5.0-15.0) | 0.51 |

*RIQ: rango intercuartil **Prueba U Mann Whitney

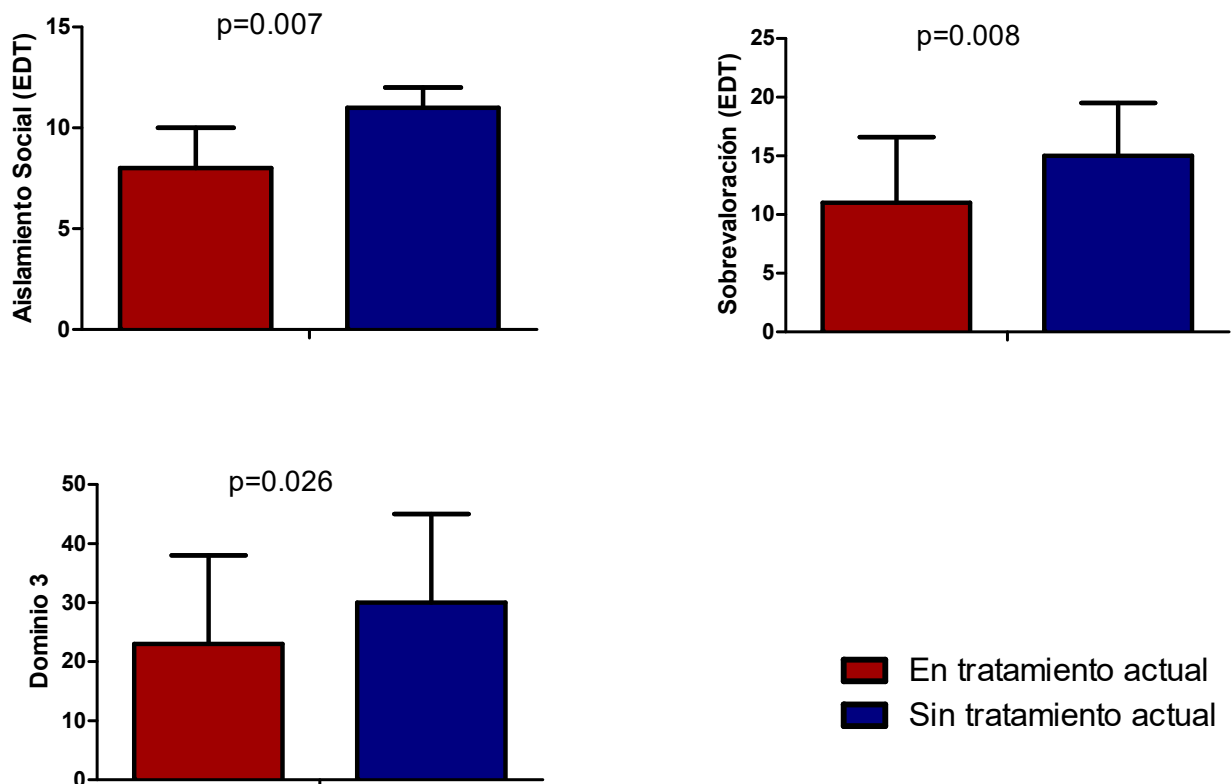


Figura 6: Se muestran los resultados de EDT en función de si las pacientes están recibiendo tratamiento actual o no. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

Luego de haber determinado el nivel de asociación entre cada variable independiente por separado y la variable dependiente (en tratamiento o finalización de tratamiento), se realizó un análisis de regresión logística con el fin de estimar los coeficientes o pesos de cada variable independiente en relación al tratamiento actual. Para realizar la regresión logística se seleccionó el método introducir. Se seleccionaron 4 variables con mejor nivel de significación en la regresión inicial. Las variables *Sobrevaloración* y *Dominio 3* resultaron no significativas. La prueba estadística global de Hosmer y Lemeshow que considera todas las variables independientes conjuntamente resulta significativa ($p=0.0084$) (Tabla X).

En la Tabla X de coeficientes podemos ver que las variables *Aislamiento social* y *Sometimiento* son significativas. La variable *Aislamiento social* tiene un coeficiente negativo y un

OR de 0.92 (0.85-0.99), mientras que *Sometimiento* tiene un coeficiente positivo y un OR de 1.1 (1.07-1.27). Las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento oncoespecífico activan menos el EDT de *Aislamiento social*, pero más el de *Sometimiento*.

Tabla X.

Análisis multivariado de EDTs en función de si estaban recibiendo tratamiento.

| n=196 | β | SE | Wald | Valor de p* | Odds Ratio (IC 95%) |
|---------------------------|---------|-------|-------|-------------|---------------------|
| Aislamiento social | -0.079 | 0.038 | 4.45 | 0.035 | 0.92 (0.85-0.99) |
| Sometimiento | 0.125 | 0.060 | 4.31 | 0.038 | 1.1 (1.07-1.27) |
| Sobrevaloración | -0.012 | 0.073 | 0.028 | 0.86 | 0.98 (0.85-1.12) |
| Dominio 3 | -0.032 | 0.045 | 0.51 | 0.47 | 0.96 (0.88-1.06) |

Nota. R2 Nagelkerke = 0.10, Prueba Hosmer y Lemeshow $\chi^2 = 13.92$, p = .0084.

A su vez, se compararon los EDT predominantes en las mujeres que se encontraban en diferentes tipos de tratamiento oncoespecífico. Se encontró diferencia significativa en el EDT de *Sobrevaloración* y en el *Dominio 3: Límites inadecuados*. Tales esquemas aparecen menos activos en las pacientes en radioterapia u hormono-inmunoterapia, en comparación con las pacientes en quimioterapia y cirugía (Figuras 7 y 8).

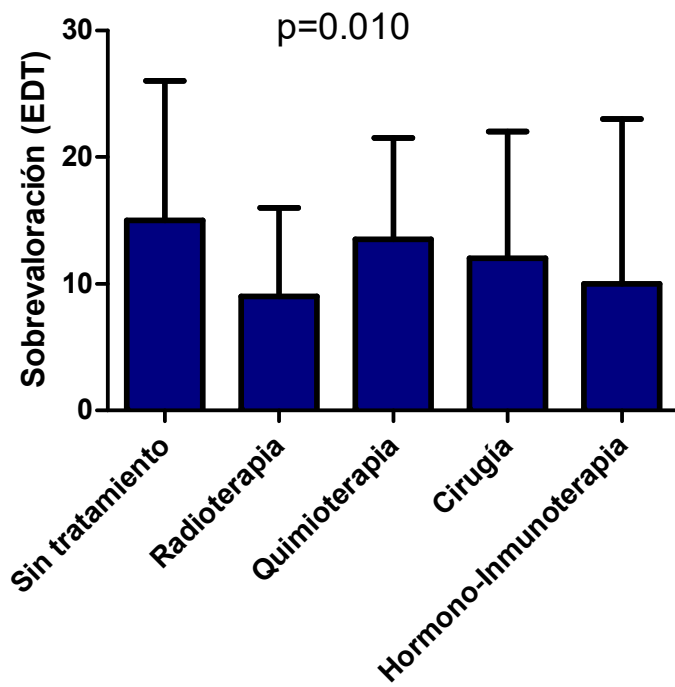


Figura 7. Se presentan los resultados de Sobrevaloración de EDT en función del tipo de tratamiento que están recibiendo las pacientes. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

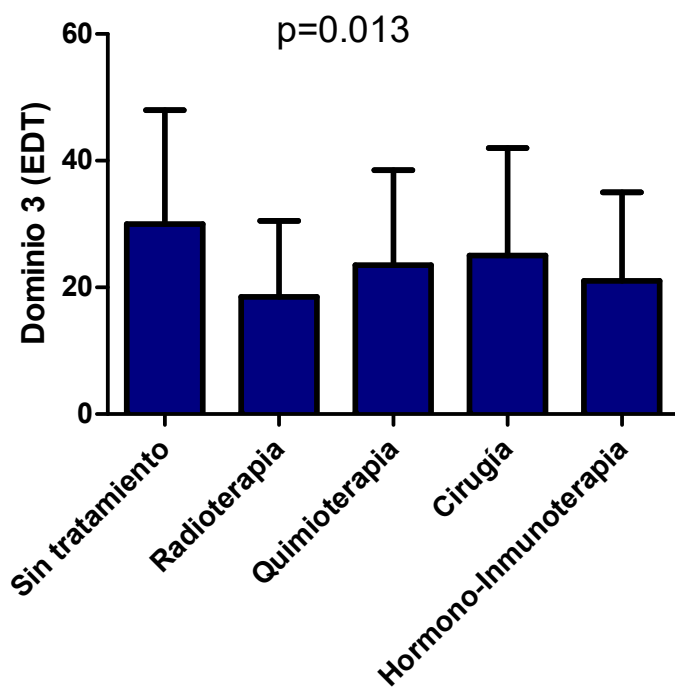


Figura 8. Se presentan los resultados de Dominio 3 de EDT en función del tipo de tratamiento que están recibiendo las pacientes. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

Adicionalmente, se evaluó la asociación a través de pruebas no paramétricas entre EDT y el tipo de cirugía de cáncer de mama realizado (mastectomía radical sin reconstrucción vs cirugía radical con reconstrucción mamaria o mastectomía parcial o tumorectomía). Se observó una asociación significativa con la activación de los esquemas de *Aislamiento social*, *Sometimiento* y *Sobrevaloración*, en las mujeres que recibieron cirugía sin reconstrucción. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en dominio 3 y 4 (Tabla XI y Figuras 9 y 10).

Tabla XI

Esquemas desadaptativos tempranos en función de tipo de cirugía.

| n=196 | Mastectomía parcial o cirugía radical con reconstrucción mamaria (mediana-RIQ)* | Cirugía radical sin reconstrucción mamaria (mediana-RIQ)* | Valor de p** |
|---|---|---|--------------|
| Autosacrificio | 23.0 (17.0-28.0) | 25.0 (19.0-30.0) | 0.094 |
| Metas Inalcanzables | 17.0 (13.0-23.0) | 20.0 (12.0-25.0) | 0.097 |
| Sobrevaloración | 11.0 (7.0-17.0) | 15.0 (10.0-20.0) | 0.003 |
| Abandono | 9.0 (5.0-18.0) | 8.5 (5.0-20.0) | 0.95 |
| Insuficiente autocontrol | 10.0 (7.0-15.0) | 12.0 (7.0-17.0) | 0.46 |
| Inhibición emocional | 9.0 (5.0-16.0) | 10.0 (5.0-16.0) | 0.73 |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 9.0 (5.0-15.0) | 9.0 (5.0-16.0) | 0.95 |
| Aislamiento social | 8.0 (5.0-12.0) | 10.0 (6.0-13.0) | 0.050 |
| Sometimiento | 7.0 (5.0-11.0) | 9.0 (7.0-14.0) | 0.014 |
| Fracaso | 8.0 (5.0-12.0) | 6.0 (5.0-10.0) | 0.22 |
| Deprivación emocional | 7.0 (5.0-15.0) | 8.0 (5.0-16.0) | 0.31 |
| Desconfianza y abuso | 7.0 (5.0-14.0) | 9.0 (5.0-16.0) | 0.27 |
| Imperfección / vergüenza | 7.0 (5.0-10.0) | 7.0 (5.0-10.0) | 0.79 |
| Dependencia | 5.0 (5.0-9.0) | 5.5 (5.0-9.0) | 0.85 |
| Apego | 5.0 (5.0-8.0) | 5.0 (5.0-12.0) | 0.33 |
| Dominio 1 | 43.0 (31.0-63.0) | 49.5 (34.0-79.0) | 0.36 |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|-------|
| Dominio 2 | 31.0 (25.0-43.0) | 32.0 (25.0-45.0) | 0.82 |
| Dominio 3 | 22.0 (16.0-31.0) | 26.0 (18.0-38.0) | 0.032 |
| Dominio 4 | 32.0 (24.0-36.0) | 35.0 (28.0-39.0) | 0.016 |
| Dominio 5 | 9.0 (5.0-16.0) | 10.0 (5.0-16.0) | 0.73 |

*RIQ: rango intercuartil **Prueba U Mann Whitney

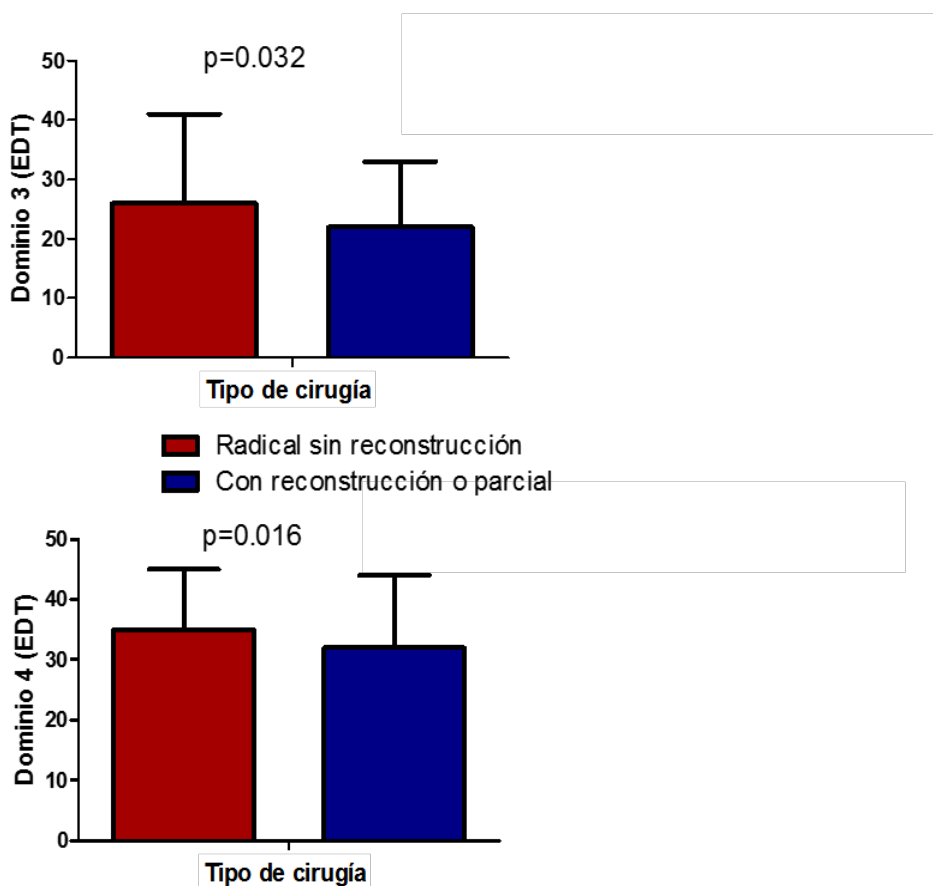


Figura 9 y 10: Se presentan los resultados de Dominio 3 y 4 de EDT en función del tipo de cirugía recibida. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

Luego de haber determinado el nivel de asociación entre cada variable independiente por separado y la variable dependiente (*tipo de cirugía*), se seleccionaron las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa para realizar un análisis de regresión logística con el fin de estimar los coeficientes o pesos de cada variable independiente en relación al

tipo de cirugía (aislamiento social, sometimiento, sobrevaloración, dominio 3 y dominio 4). De las 5 variables introducidas la única variable que resultó ser significativa en forma independiente de las demás fue *sobrevaloración* con un OR de 1.01 (0.94-1.06). La prueba estadística global de Hosmer y Lemeshow que considera todas las variables independientes conjuntamente no resultó significativa ($p=0.44$) (Tabla XII).

En la Tabla XII de coeficientes podemos ver los resultados de la regresión logística.

Tabla XII

Análisis multivariado de esquemas desadaptativos tempranos en función del tipo de cirugía

| n=196 | β | SE | Wald | Valor de p* | Odds Ratio (IC 95 %) |
|---------------------------|---------|-------|-------|----------------|----------------------|
| Aislamiento social | 0.001 | 0.029 | 0.002 | 0.96 | 1.01 (0.94-1.06) |
| Sometimiento | 0.072 | 0.046 | 2.46 | 0.11 | 1.1 (0.98-1.17) |
| Sobrevaloración | 0.11 | 0.051 | 5.08 | 0.024 | 1.01 (1.01-1.24) |
| Dominio 3 | -0.044 | 0.032 | 1.87 | 0.17 | 0.95 (0.88-1.06) |
| Dominio 4 | 0.006 | 0.027 | 0.045 | 0.83 | 1.06 (0.95-1.06) |

Nota. R2 Nagelkerke = 0.10, Prueba Hosmer y Lemeshow $\chi^2 = 7.89$, $p = .44$.

5.2.2.4 EDT y su relación con la CVRS:

Se realizó análisis de correlación lineal (Spearman) entre la variable de CVRS FACT- B global y las diferentes variables de EDT, con el fin de evaluar la relación entre CVRS y EDT.

Los resultados se muestran en la Tabla XIII y Figuras 11, 12, 13, 14.

Tabla XIII

Análisis de correlación de los esquemas desadaptativos tempranos con FACT-global

| | r Spearman | Valor de p |
|---|------------|------------|
| Autosacrificio | -0.23 | 0.0006 |
| Metas Inalcanzables | -0.22 | 0.0009 |
| Sobrevaloración | -0.12 | 0.072 |
| Abandono | -0.43 | 0.0001 |
| Insuficiente autocontrol | -0.37 | 0.0001 |
| Inhibición emocional | -0.39 | 0.0001 |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | -0.46 | 0.0001 |
| Aislamiento social | -0.54 | 0.0001 |
| Sometimiento | -0.30 | 0.0001 |
| Fracaso | -0.32 | 0.0001 |
| Deprivación emocional | -0.54 | 0.0001 |
| Desconfianza y abuso | -0.45 | 0.0001 |
| Imperfección/vergüenza | -0.43 | 0.0001 |
| Dependencia | -0.42 | 0.0001 |
| Apego | -0.14 | 0.045 |
| Dominio 1 | -0.65 | 0.0001 |
| Dominio 2 | -0.56 | 0.0001 |
| Dominio 3 | -0.26 | 0.0001 |
| Dominio 4 | -0.33 | 0.0001 |
| Dominio 5 | -0.38 | 0.0001 |

Se obtuvo una correlación moderada e inversa entre la CVRS a nivel Global y los esquemas de *Deprivación Emocional* y *Aislamiento Social*.

Se registró una correlación moderada e inversa entre la subescala *ambiente socio-familiar* de CVRS y el esquema de *Aislamiento Social*. A su vez se registró una correlación de forma inversa y moderada de la subescala *Estado emocional*, con la activación del esquema de *Vulnerabilidad*.

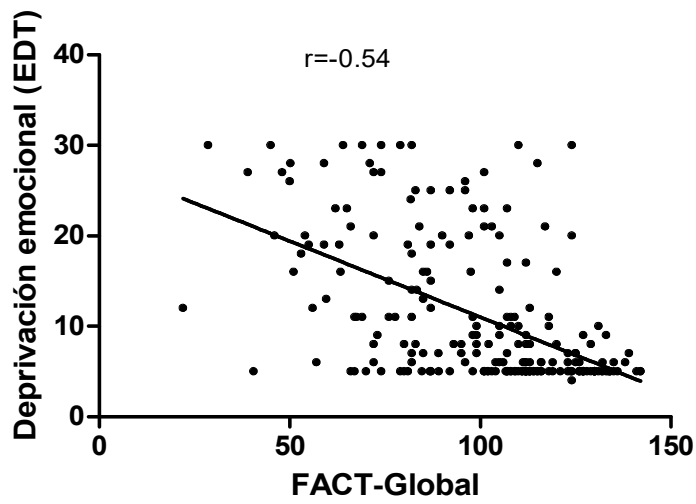


Figura 11: Relación entre FACT Global y EDT Deprivación emocional

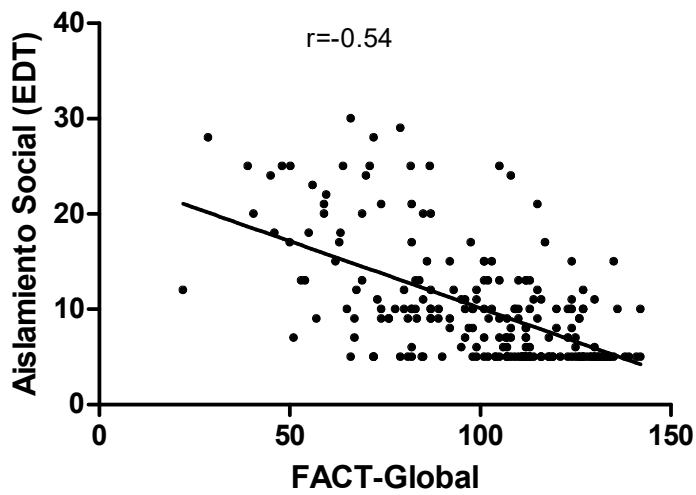


Figura 12: Relación entre FACT Global y EDT Aislamiento social.

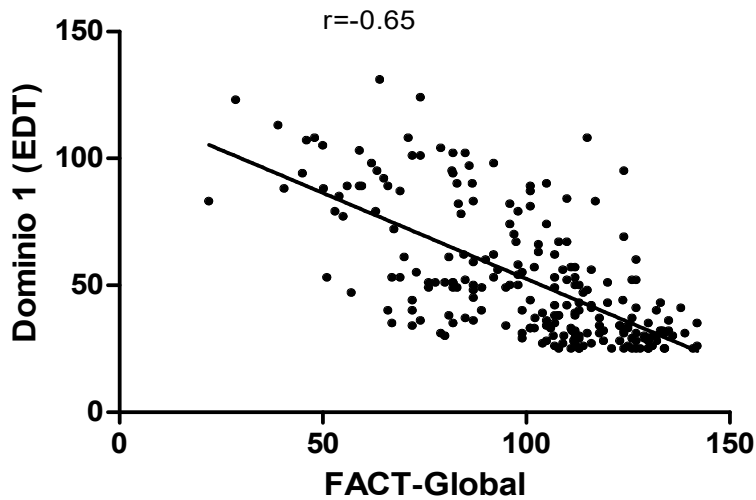


Figura 13: Relación entre FACT Global y EDT Dominio 1.

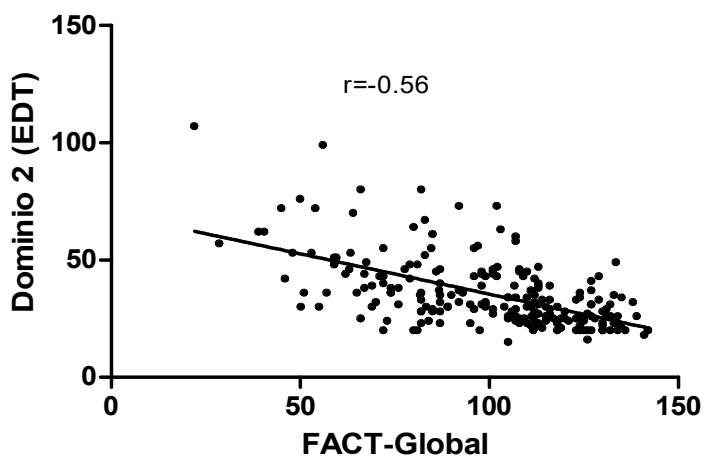


Figura 14: Relación entre FACT Global y EDT Dominio 2.

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando todas las variables de EDT que eran estadísticamente significativas en la correlación lineal (todas excepto sobrevaloración). Se utilizó el método introducir. El análisis excluyó las variables *Dominio 1* y *Dominio 2*.

En la tabla XIV se muestran los resultados de la regresión lineal múltiple. Se observa que las variables que mostraron relación estadística en explicar FACT-Global fueron *Deprivación*

emocional, Abandono, Imperfección/vergüenza, Vulnerabilidad, Apego, Dominio 3 y Dominio 4. Todas mostraron una correlación de tipo inversa con el FACT-Global, excepto *Dominio 3 y Dominio 4* con una correlación positiva con FACT-Global. El modelo global fue estadísticamente significativo (Tabla XIV).

Tabla XIV

Análisis de regresión lineal múltiple entre FACT-Global y los diferentes esquemas desadaptativos tempranos

| | β | IC 95% límite inferior | IC 95% límite superior | Valor de p |
|---------------------------------|---------|------------------------|------------------------|------------|
| Deprivación emocional | -0,172 | -0,965 | -0,114 | 0,0001 |
| Abandono | -0,053 | -0,551 | 0,229 | 0,013 |
| Desconfianza abuso | -0,125 | -0,913 | 0,043 | 0,417 |
| Aislamiento social | -0,195 | -1,420 | -0,177 | 0,074 |
| Imperfección/vergüenza | -0,006 | -0,793 | 0,724 | 0,012 |
| Fracaso | 0,026 | -0,436 | 0,679 | 0,928 |
| Dependencia | -0,206 | -1,973 | -0,487 | 0,668 |
| Vulnerabilidad | -0,198 | -1,137 | -0,265 | 0,001 |
| Apego | -0,055 | -0,775 | 0,250 | 0,002 |
| Sometimiento | -1,717 | -27,556 | 10,721 | 0,314 |
| Autosacrificio | -2,399 | -27,568 | 10,465 | 0,387 |
| Metas inalcanzables | -0,023 | -0,539 | 0,370 | 0,376 |
| Insuficiente autocontrol | -0,408 | -2,452 | -0,804 | 0,714 |
| Dominio 3 | 0,369 | 0,317 | 1,243 | 0,000 |
| Dominio 4 | 3,381 | -10,413 | 27,630 | 0,001 |
| Dominio 5 | -0,087 | -0,694 | 0,111 | 0,373 |

Modelo global: $F=15.120$, $p = 0.0001$; $R^2 = 0.550$; R^2 corregida = 0.510

5.2.2.5 Discusión y análisis

Se planteó como objetivo describir los EDT que se activan en las mujeres durante el tratamiento del cáncer de mama. A su vez, se comparó la activación de esquemas en mujeres en

tratamiento y mujeres sin tratamiento, así como se indagó sobre la incidencia de los diferentes tratamientos oncoespecíficos en la activación de los EDT y su relación con la CVRS.

De los resultados de la investigación se infiere que la enfermedad y los tratamientos oncoespecíficos generan una situación crítica que lleva a las mujeres a poner en juego distintos EDT.

Las mujeres que han finalizado los tratamientos oncoespecíficos activan más el esquema de *Aislamiento social* que aquellas que se encuentran realizando tratamientos. Hallazgo similar obtuvieron Gil, Costa, Hilker y Benito (2012), estudiando transversalmente una población de pacientes oncológicos, donde encontraron que luego de finalizar los tratamientos los pacientes perciben menor soporte social y, por lo tanto, perciben mayor aislamiento. Por otra parte, en este estudio las mujeres en tratamiento parece que hacen significativamente un mayor uso del esquema de *Sometimiento* que aquellas que finalizaron los tratamientos. Este esquema podría considerarse adaptativo a la situación vital, en tanto contribuye a la aceptación de la enfermedad, a la adherencia a los tratamientos y quizás a la confianza con el equipo asistencial.

Por otra parte, las pacientes que finalizaron los tratamientos muestran mayor uso del EDT de *Sobrevaloración*, que aquellas que se encuentran en tratamientos oncoespecíficos. Seguramente el haber finalizado los tratamientos aporta sensaciones de dominio, grandiosidad y superación en relación con quienes se encuentran en un entorno amenazante por los tratamientos. Posiblemente por ese motivo los EDT del *Dominio 3 (sobrevaloración y autodisciplina insuficiente)* se encuentran más activos. Quizás una vez que finalizan los tratamientos no sean tan necesarios el control emocional, la disciplina, los cuidados.

Al valorar las pacientes que estaban en tratamiento, se encontró que los esquemas de *Autosacrificio* y *Metas inalcanzables* fueron los que se activaron con mayor intensidad en la población. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Ferrel, Pela, Gómez y Pérez (2009), Sahar Amini, Mahboobeh Chinaveh y Amin Allha Fazel (2015) y Chamorro y Po-

clin (2016), quienes también encontraron que las pacientes con cáncer de mama activan EDT de *Autosacrificio* y *Metas inalcanzables*. En este estudio no se registró un uso frecuente de los esquemas de inhibición emocional, ni de apego confuso, como sí encontró Ferrel, Pela, Gómez y Pérez (2009) en su estudio, u otros tales como el de abandono, fracaso, dependencia, sometimiento y autocontrol insuficiente, encontrados por Sahar Amini, Mahboobeh Chinaveh y Amin Allha Fazel (2015).

Se podría plantear que las mujeres de la muestra con cáncer de mama apelan muy frecuentemente al uso del esquema de *Autosacrificio*, que lleva a la mujer a tener la tendencia de no expresar libremente sus necesidades y emociones, sino postergarlas en función de las necesidades de los demás. La activación de este esquema hace que las personas tiendan a renunciar a sus requerimientos con el fin de evitar el sufrimiento a los otros. Este esquema puede volverse un factor de riesgo en el cuidado de la salud, la adherencia a los tratamientos y en el bienestar logrado.

En segundo lugar, aparece con un uso frecuente el EDT de *Metas inalcanzables*. Probablemente este esquema se active en respuesta a las exigencias que se plantean las pacientes para superar la enfermedad. Es común considerar que ante el cáncer hay que desarrollar una actitud de lucha, lo cual probablemente active metas con estándares elevados de esfuerzo para afrontar los tratamientos y sentimientos de presión hacia sí mismo y los demás. Este tipo de actitudes a la larga pueden generar estrés.

A partir del análisis de los esquemas agrupados en Dominios, se encontró que las pacientes en tratamiento realizan un uso muy frecuente del *Dominio 1*: «Desconexión y rechazo», que reúne los EDT de *Abandono*, *Desconfianza*, *Deprivación emocional*, *Vergüenza* y *Aislamiento social*. Se podría plantear que la situación de enfermedad y los tratamientos parecen activar necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación. Estas necesidades llevan a poner en acción esquemas en los que aparecen dificultades en las relaciones generadas por sentimientos de inseguridad, desconfianza en los vínculos y temores al aban-

dono. Estos afectos pueden llevar al aislamiento y la vergüenza, lo que no contribuye con el bienestar.

Otro de los dominios que apareció con un uso importante, fue el *Dominio 4*: «Tendencia hacia los demás», que agrupa en la versión breve el EDT de *Sometimiento* y *Autosacrificio*. Se podría suponer que la enfermedad activa necesidades básicas insatisfechas referidas a la expresión libremente de las propias necesidades y emociones, las cuales quedan inhibidas y postergadas por la consideración sobre los demás. El sometimiento puede ser un funcionamiento operativo durante el tratamiento, como se planteaba anteriormente.

Del análisis comparativo en el uso de EDT según los tratamientos vigentes, se encontró que las mujeres en quimioterapia, cirugía o incluso sin tratamiento utilizan más frecuentemente el EDT de *Sobrevaloración* y aquellos que integran el *Dominio 3* (*Sobrevaloración* y *Límites insuficientes*), en comparación con las mujeres que se encuentran en radioterapia, hormono o inmunoterapia. Vale decir que ante los tratamientos que mayores efectos secundarios producen las mujeres tienden a compensar la situación mostrando fortaleza, sentimientos de grandiosidad y desafío, igual que aquellas que finalizan los tratamientos.

Las mujeres sometidas a cirugía sin reconstrucción mamaria tienden a utilizar de modo más frecuente EDT de *Aislamiento*, *Sometimiento* y *Sobrevaloración*. Vale decir que de estas mujeres, quizás por la vivencia de amputación de la imagen corporal asociada a la cirugía sin reconstrucción, algunas de ellas tienden a aislarse, relegarse, evitar las relaciones, así como también tienden a inhibir la expresión de sus emociones priorizando la de los demás. Así también, otras pueden apelar a actitudes de grandiosidad. Tanto el *Dominio 3* (*Límites inadecuados*), como el *Dominio 4* (*Tendencia hacia los demás*) resultaron significativos en su uso por mujeres con cirugía sin reconstrucción. Por lo tanto, parecería que las pautas de funcionamiento más utilizadas, mientras que para algunas se vinculan con la omnipotencia, para otras con un bajo reconocimiento de sí.

En el análisis de regresión logística, el esquema de *Sobrevaloración* fue el único que se mostró estadísticamente significativo, siendo utilizado por las mujeres sometidas a cirugía sin reconstrucción mamaria. Posiblemente la activación de este esquema aparezca como reacción sobrecompensatoria. Las mujeres amputadas, utilizando el esquema de sobrevaloración, podrían experimentar un sentido elevado de la propia autovaloración restándole valor a las pérdidas.

Las cualidades psíquicas que parecen activarse en la muestra estudiada se corresponden con ciertos hallazgos de las investigaciones que han indagado sobre la relación entre personalidad y cáncer. Los EDT y dominios que aparecen de modo más frecuente en la muestra, se vinculan con el patrón de comportamiento llamado tipo C. De acuerdo a la redefinición del patrón C realizada por Temoshok (1987), en las mujeres de esta investigación aparece el priorizar el beneficio de los otros ignorando las propias necesidades, la inhibición de las emociones, la actitud de evitación de confrontación, el sentimiento de no tener el control y una gran necesidad de soporte, pero con dificultades en la aceptación de la ayuda de los demás. Tal como planteaba Anarte, López, Ramírez y Esteve (2000), las mujeres con cáncer de mama tienden a controlar las emociones negativas, inhibir la exteriorización emocional y demostrar excesiva capacidad de comprensión hacia los demás. Esta tendencia a la supresión o negación de las emociones genera desamparo y desesperanza, lo que coloca a la mujer en situaciones desfavorables a nivel psicológico.

Estos supuestos se relacionan con el análisis realizado de correlación entre las variables EDT y CVRS. El uso de determinados EDT incide de modo significativo en la percepción que las mujeres tienen de su CVRS. En ese sentido parecería ser que la percepción global de la calidad de vida es peor cuanto más activos se encuentren los esquemas que generan creencias referidas a no recibir un adecuado apoyo emocional (*Deprivación emocional*), temores a no ser lo suficientemente cuidado (*Abandono*), a no recibir la necesaria cercanía emocional de

personas significativas (*Apego*), que incrementan la percepción de riesgos inminentes e incontrolables (*Vulnerabilidad*) o las vivencias de fallas personales (*Vergüenza*).

Así también se ha registrado que se establece una correlación significativa entre la percepción de bienestar de la mujer a nivel socio-familiar y el menor uso de EDT que llevan a actitudes de repliegue y evitación de los vínculos (*Aislamiento social*). Vale decir que cuanto mejor es la percepción de bienestar a nivel de los vínculos familiares y sociales, menos tienden las mujeres a aislarse socialmente. Por otra parte, parecería que las mujeres perciben un mejor bienestar a nivel socio emocional cuanto menos activos se encuentren los esquemas de vulnerabilidad al daño y la enfermedad y menos uso hagan de los esquemas que activan temores referidos a la dependencia, la pérdida de autonomía y de confianza en sí misma (*Dominio 2: Autonomía y desempeño*).

En síntesis, las mujeres con cáncer de mama utilizan diferentes EDT con los que interpretan y reaccionan ante la enfermedad y los tratamientos, operando a partir de ellos. Los diferentes EDT resultan ser sensibles a los diferentes tratamientos, en especial con respecto a la cirugía sin reconstrucción mamaria. El uso de los diferentes EDT impacta en la percepción de bienestar que tiene la mujer durante la enfermedad.

5.2.3 Percepciones y Creencias con respecto a la Enfermedad

5.2.3.1 Descripción general de los resultados

Se realizó el análisis de datos utilizando estadística descriptiva de la primera parte del IPQ-R compuesta por 8 dimensiones: Consecuencias, Duración, Control sobre la enfermedad y el tratamiento, Identidad, Preocupación o conciencia de enfermedad, Coherencia o comprensión sobre la enfermedad, Respuesta emocional. (Figura 2).

Este análisis arroja datos de resumen central y dispersión intercuartil que permiten caracterizar la percepción que la muestra de pacientes tiene sobre su enfermedad. La dimensión

percepción de control sobre la enfermedad y el tratamiento, en una escala que va de 0 (nada) a 10 (mucho), registró una mediana de 10 (RIQ 8 -10) denotando que las mujeres perciben que el tratamiento contribuye a controlar la enfermedad. Resultados similares se obtuvieron con respecto a la dimensión de comprensión del diagnóstico y los tratamientos, lo cual determina una coherencia interna que evidencia que las mujeres comprenden la afección. En esos rangos se ubica también la percepción que las pacientes tienen sobre el control de la enfermedad, mostrando que la valoración sobre las expectativas de controlar la enfermedad es mayor que el punto medio de la escala Likert (Tabla XV).

Tabla XV

Percepción y Creencias sobre la enfermedad

| IPQ-R n=196 | Mediana (RIQ) |
|---------------------------------------|---------------|
| Consecuencias | 4.8 (2-8) |
| Duración enfermedad | 4.6 (2-7) |
| Control sobre la enfermedad | 7.3 (5-10) |
| Control sobre el tratamiento | 10 (8-10) |
| Identidad | 3.7 (1-6) |
| Preocupación por la enfermedad | 5 (0-8) |
| Coherencia sobre la enfermedad | 9 (6-10) |
| Respuesta emocional | 4.4 (1-8) |

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire, RIQ: rango intercuartil

Agrupados los ítems según el predominio de representaciones de tipo cognitivo o emocional, se registra mayor peso de las representaciones cognitivas en la percepción de la enfermedad por sobre las emocionales. La comprensión sobre la enfermedad obtiene una mediana de 9 (RIQ 6 -10); en una escala de 0 a 10, ubicándose muy por encima del punto medio de la escala Likert (Tabla XVI).

Tabla XVI

Representaciones cognitivas, emocionales y comprensión de la enfermedad

| IPQ-R n=196 | Mediana (RIQ) |
|-------------------------------------|---------------|
| Representación Cognitiva | 30.0 (24-34) |
| Representación Emocional | 8.0 (3-14.5) |
| Comprensión de la enfermedad | 9.0 (6-10) |

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire, RIQ: rango intercuartil

En síntesis, las mujeres de este estudio tienen una comprensión de la enfermedad consistente, perciben que los tratamientos contribuyen con la salud y sienten que pueden controlar la enfermedad. Se puede decir que consideran que el cáncer de mama es una enfermedad medianamente larga y que genera consecuencias que impactan a nivel emocional, ocasionando preocupaciones.

El cálculo global de la percepción de enfermedad se obtuvo invirtiendo los resultados de las preguntas 3 (control sobre la enfermedad), 4 (control sobre el tratamiento) y 7 (coherencia) y sumando los puntajes de las respuestas a las preguntas 1 (consecuencias), 2 (duración), 5 (identidad), 6 (conciencia de enfermedad) y 8 (representación emocional). Se logra una escala que va de 0 a 80. Para la muestra se obtuvo una percepción de amenaza de la enfermedad con una mediana de 27.8 ± 16.7 , ubicándose por debajo de la media en la escala. Si se considera la desviación se observa que las respuestas tienen una gran dispersión que hace que algunas mujeres tengan una percepción muy amenazante, mientras que otras minimicen sus efectos.

Posteriormente, se analizó la segunda parte del IPQ-R referida a las atribuciones causales con una pregunta abierta en la que se solicita a la mujer que defina tres causas posibles a las que atribuye su enfermedad en orden de importancia. Las respuestas de estas preguntas fueron

clasificadas de acuerdo a las categorías elaboradas por Peuker, Armiliato, Vital y Kern (2015): 1) Atribuciones psicológicas; 2) Factores de riesgos comportamentales; 3) Factores biológicos; 4) Mala suerte o destino; 5) Falta de recursos; 6) Agentes ambientales y químicos; 7) Lesiones. Para evaluar la validez de este instrumento, tres jueces —de forma independiente y a ciegas— agruparon todas las respuestas de las pacientes según las categorías antes mencionadas. Posteriormente, se realizó un análisis de concordancia entre los jueces, utilizando el índice de concordancia de Kappa de Fleiss, entre los tres investigadores (Fleiss, Cohen y Everitt, 1969). Se obtuvo un coeficiente de 0.92 entre las categorizaciones realizadas por los tres jueces de la primera atribución causal. En la segunda atribución causal, el coeficiente de concordancia Kappa de Fleiss fue de 0.87 y en la tercera atribución causal fue de 0.86 %. En todos los casos se obtuvieron coeficientes mayores a 0.81, lo que supone una muy buena correlación en la categorización de las respuestas y de alguna manera valida el instrumento utilizado.

Con respecto a los resultados de las atribuciones causales, el 90.7 % de las pacientes otorgaron a la enfermedad alguna atribución causal. Prácticamente la mitad de las pacientes (48.3 %, n=83) atribuyen como primera causa de la enfermedad fenómenos psicológicos tales como angustia por pérdidas, situaciones de estrés prolongado, conflictos familiares. El 22,1 % (n=38) de las pacientes atribuyen como causas de la enfermedad a factores biológicos tales como la herencia, hormonales, obesidad, edad, inmunológicas. El 11,6% (n=20) de las respuestas refieren a causas azarosas dadas por la mala suerte, el destino o causas divinas. El 9.3% (n=16) de la muestra no logra definir una causa (Tabla XVII).

Tabla XVII

IPQ-R. Primera atribución causal

| n=172 | (%) |
|---------------------|-------------|
| Psicológicas | 83 (48.3 %) |
| Biológicas | 38 (22.1 %) |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Destino | 20 (11.6 %) |
| No identifica la causa | 16 (9.3 %) |
| Hábitos | 6 (3.5 %) |
| Lesión | 4 (2.3 %) |
| Productos químicos | 3 (1.7 %) |
| Falta de recursos | 2 (1.2 %) |

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire.

Como segunda atribución causal, la respuesta más frecuente fue «no sé» (56 %), posteriormente se encuentran atribuciones a factores psicológicos (22,6 %), biológicos (8.3 %), hábitos (8.3 %), lesión (3.6 %) y destino (1.2 %) (Tabla XVIII).

Tabla XVIII

IPQ-R. Segunda atribución causal.

| n=84 | n (%) |
|-------------------------------|-------------|
| No identifica la causa | 47 (56.0 %) |
| Psicológicas | 19 (22.6 %) |
| Biológicas | 7 (8.3 %) |
| Hábitos | 7 (8.3 %) |
| Lesión | 3 (3.6 %) |
| Destino | 1 (1.2 %) |

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire.

En la Tabla XIX se muestran los resultados de la tercera causalidad que expresan las pacientes, registrándose que el 83.3 % no encuentra respuesta.

Tabla XIX

IPQ-R Tercera atribución causal.

| n=84 | n (%) |
|-------------------------------|-------------|
| No identifica la causa | 70 (83.3 %) |
| Psicológicas | 8 (9.5 %) |
| Hábitos | 3 (3.6 %) |
| Biológicas | 2 (2.4 %) |
| Destino | 1 (1.2 %) |

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire.

En la Tabla XX se muestran las atribuciones causales en forma global.

Tabla XX

IPQ-R Atribuciones Causales Globales

| | |
|---------------------------|--------|
| Psicológicas | 80.4 % |
| Biológicas | 32.8 % |
| Hábitos | 15.4 % |
| Lesión | 8.9 % |
| Destino | 14.0 % |
| Recursos | 1.2 % |
| Productos químicos | 1.7 % |

IPQ-R Atribuciones Causales Globales

5.2.3.2 IPQ-R y variables sociodemográficas

Se estudió la posible asociación entre creencias y percepciones sobre la enfermedad y las características sociodemográficas de la población estudiada. Se exploró el nivel educativo, dicotomizando la variable con respecto a si presentaba primaria incompleta o completa con respecto a si presentaba mayor nivel educativo que primaria completa, si vive solo o acompañado y la religión, en cuanto a si es creyente o no. La única variable que demostró un nivel de asociación fue el nivel educativo y la percepción de control sobre los tratamientos, con una mediana en los que presentaban primaria completa o menos de 8 (RIQ 7-10) vs los que tenían mayor nivel educativo que primaria 10 (RIQ 9-10), $p=0.045$). Las mujeres con mejor nivel educativo (más que primaria) refieren mayores índices de control sobre los tratamientos.

5.2.3.3 IPQ-R y variables clínico-biológicas

Se compararon los resultados de la escala IPQ-R entre las mujeres que se encontraban en tratamiento al momento de la entrevista con aquellas que no estaban recibiendo tratamientos oncoespecíficos. Se encontraron diferencias significativas con respecto a la percepción de la duración de la enfermedad. Las mujeres que no estaban recibiendo tratamientos oncoespecíficos reportaron una percepción mayor de duración que aquellas que estaban en algún tratamiento oncoespecífico ($p=0.026$). (Tabla XXI - Figura 15).

Tabla XXI

IPQ-R en función de la variable en tratamiento o tratamiento finalizado

| | En tratamiento actual (mediana-RIQ) | Tratamiento finalizado (mediana-RIQ) | Valor de p* |
|---|--|--|----------------|
| <i>Percepción y creencias sobre la enfermedad</i> | | | |
| Consecuencias | 5.0 (2.0-8.0) | 6.0 (1.0-10.0) | 0.51 |
| Duración enfermedad | 5.0 (2.0-7.0) | 9.0 (2.0-10.0) | 0.026 |
| Control sobre la enfermedad | 9.0 (5.0-10.0) | 8.5 (5.0-10.0) | 0.77 |
| Control sobre el tratamiento | 10.0 (8.0-10.0) | 10.0 (5.0-10.0) | 0.68 |
| Identidad | 3.5 (1.0-6.0) | 5.0 (1.0-9.0) | 0.17 |
| Conciencia la enfermedad (preocupación) | 5.0 (1.0-8.0) | 5.0 (1.0-8.0) | 0.69 |
| Coherencia sobre la enfermedad | 9.0 (6.0-10.0) | 10.0 (7.0-10.0) | 0.42 |
| Respuesta emocional | 4.0 (1.0-8.0) | 3.5 (1.0-9.0) | 0.77 |
| IPQ Global | 28.0 (14.0-38.0) | 39.0 (16.0-45.0) | 0.16 |
| <i>Representaciones cognitiva y emocional</i> | | | |
| Representación Cognitiva | 30.0 (24.0-34.0) | 31.0 (25.5-42.5) | 0.13 |
| Representación Emocional | 8.0 (3.0-15.0) | 7.0 (5.0-16.0) | 0.95 |

RIQ: rango intercuartil *Prueba U Mann Whitney

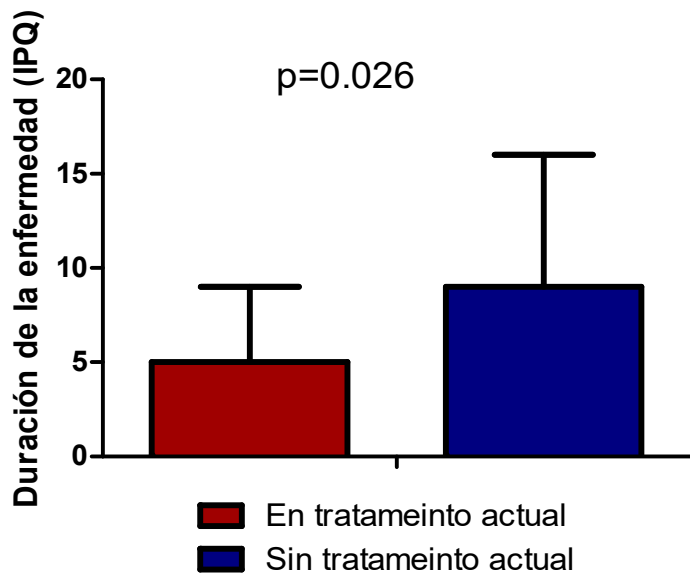


Figura 15. Se presentan los resultados Duración de la enfermedad -IPQ-R en función de si las pacientes están recibiendo tratamiento actual o no. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

Se compararon también los resultados de la escala IPQ-R entre las mujeres que estaban en diferentes tratamientos y se registraron diferencias significativas en algunos ítems que componen la percepción y creencias sobre la enfermedad. Las pacientes en tratamiento quimioterapéutico o en el momento postcirugía registraron mayores índices de gravedad (preocupación por la enfermedad) que las que se encontraban en hormonoterapia y o inmunoterapia o radioterapia ($p=0.022$). Por otra parte, se registraron diferencias significativas con respecto a la percepción de identidad de la enfermedad, obteniéndose mayores índices de severidad en aquellas mujeres que ya habían finalizado los tratamientos (mediana 5 y RIQ 0-9) o que se encontraban en hormono o inmunoterapia (mediana 5, RIQ 1-7), en comparación con las que salían de la cirugía (mediana 1 y RIQ 0 -5) o radioterapia (mediana 2 y RIQ 0 -5; $p=0.027$) (Tabla XXII - Figuras 16 y 17).

Tabla XXII

IPQ-R en función del tratamiento recibido.

| Percepción y creencias sobre la enfermedad | Sin Tratamiento actual Mediana (RIQ) | Radioterapia Mediana (RIQ) | Quimioterapia Mediana (RIQ) | Cirugía Mediana (RIQ) | Hormonoterapia y/o Inmunoterapia Mediana (RIQ) | Valor de p* |
|---|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|----------------|
| Consecuencias | 6.0 (1.0-10.0) | 5.0 (2.0-7.0) | 5.0 (3.0-8.0) | 5.0 (2.0-8.0) | 3.0 (1.0-7.0) | 0.10 |
| Duración de la enfermedad | 9.0 (2.0-10.0) | 5.0 (1.0-7.0) | 4.5 (2.0-6.0) | 5.0 (2.0-7.0) | 5.0 (2.0-10.0) | 0.23 |
| Control sobre la enfermedad | 8.5 (5.0-10.0) | 8.0 (5.0-10.0) | 9.0 (5.0-10.0) | 8.0 (5.0-10.0) | 5.0 (1.0-9.0) | 0.67 |
| Control sobre el tratamiento | 10.0 (5.0-10.0) | 10.0 (9.0-10.0) | 10.0 (9.0-10.0) | 10.0 (7.5-10.0) | 10.0 (8.0-10.0) | 0.87 |
| Identidad Conciencia | 5.0 (1.0-9.0) | 2.0 (1.0-5.0) | 4.0 (1.0-6.0) | 1.0 (1.0-5.0) | 5.0 (1.0-7.0) | 0.027 |
| la enfermedad (preocupación) | 5.0 (1.0-8.0) | 3.0 (1.0-7.0) | 5.0 (3.0-9.0) | 5.0 (1.0-8.0) | 3.0 (1.0-6.0) | 0.022 |
| Coherencia sobre la enfermedad | 10.0 (7.0-10.0) | 8.0 (7.0-10.0) | 9.0 (6.0-10.0) | 8.0 (5.0-10.0) | 10.0 (7.0-10.0) | 0.54 |
| Respuesta emocional | 3.5 (1.0-9.0) | 3.0 (1.0-7.0) | 5.0 (1.0-9.0) | 4.0 (2.0-8.0) | 3.0 (1.0-7.0) | 0.25 |
| IPQ Global | 39.0 (16.0-45.0) | 24.0 (15.0-37.0) | 30.5 (16.5-41.5) | 31.5 (12.5-41.5) | 25.0 (11.0-34.5) | 0.30 |
| Representacio- nes cognitivas, emocionales | | | | | | |
| Representación Cognitiva | 31.0 (25.5-42.5) | 30.0 (24.0-32.0) | 30.5 (25.0-34.5) | 27.5 (22.0-32.5) | 28.5 (24.0-35.0) | 0.28 |
| Representación Emocional | 7.0 (5.0-16.0) | 6.0 (4.0-14.0) | 10.0 (4.0-18.0) | 8.0 (3.0-15.0) | 7.0 (1.0-12.0) | 0.066 |

RIQ: rango intercuartil *Prueba Kruskal-Wallis

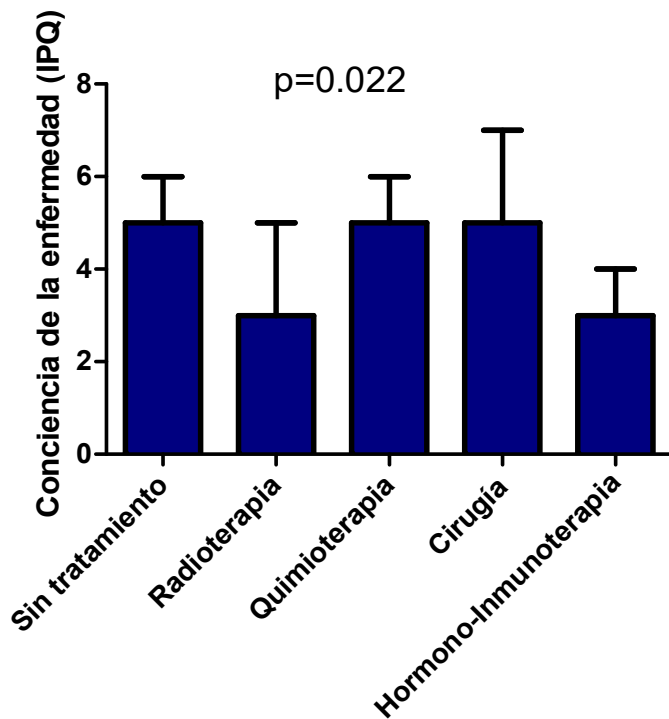


Figura 16. Se presentan los resultados Conciencia de la enfermedad-IPQ en función del tipo de tratamiento. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

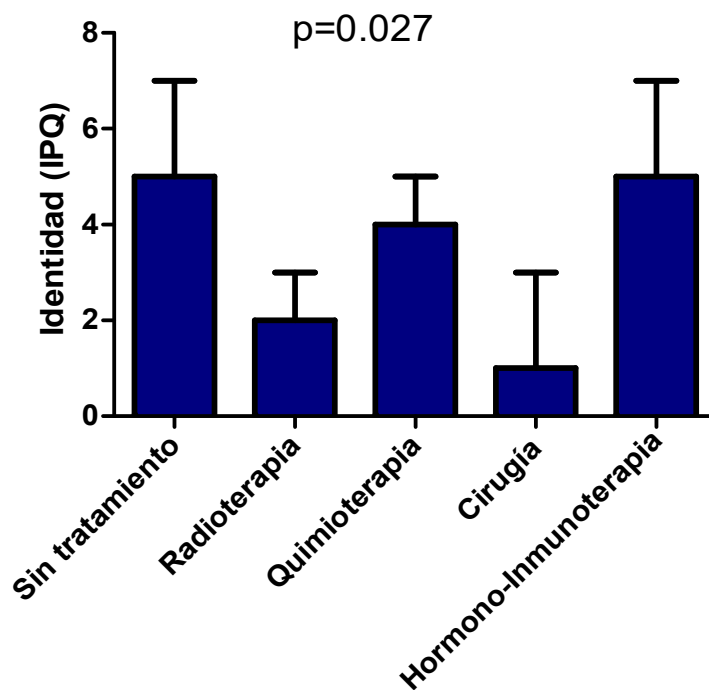


Figura 17. Se presentan los resultados Identidad-IPQ-R en función del tipo de tratamiento. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

5.2.3.4 IPQ-R y su relación con la CVRS

Se decidió determinar la relación entre CVRS medido a través de FACT-B y IPQ-R (variables cuantitativas), por lo que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

En el análisis de correlación lineal simple todos los valores del IPQ-R guardan relación significativa con la CVRS a nivel global. Se registraron correlaciones moderadas e inversas entre la CVRS global y la percepción de severidad global de enfermedad. A su vez, se registraron correlaciones moderadas e inversas entre la CVRS global y la percepción de consecuencias, duración de la enfermedad, identidad, conciencia de enfermedad, respuesta emocional, representación cognitiva y representación emocional. Vale decir, cuanto mayor es la percepción de consecuencias a nivel físico, social y emocional que ocasiona la enfermedad, cuanto mayores son los síntomas que ocasiona y las reacciones emocionales adversas (ansiedad y angustia), más compromete la percepción que tienen las mujeres sobre la CVRS a nivel global. Los ítems *control sobre la enfermedad*, *control sobre el tratamiento* y *comprensión sobre la enfermedad* registraron correlaciones moderadas y positivas con CVRS a nivel global. Cuanto mayor es la creencia de control sobre la enfermedad, los tratamientos y la comprensión en relación a la dolencia, mejor es la calidad de vida global (Tabla XXIII, Figuras 18 y 19).

Tabla XXIII

Análisis de correlación de IPQ-R con FACT-global

| <i>Percepción y creencias sobre la enfermedad</i> | r Spearman | Valor de p |
|--|------------|------------|
| Consecuencias | -0.55 | 0.0001 |
| Duración de la enfermedad | -0.34 | 0.0001 |

| | | |
|--|-------|--------|
| Control sobre la enfermedad | 0.15 | 0.027 |
| Control sobre el tratamiento | 0.33 | 0.0001 |
| Identidad | -0.49 | 0.0001 |
| Conciencia la enfermedad (preocupación) | -0.39 | 0.0001 |
| Coherencia sobre la enfermedad | 0.22 | 0.0013 |
| Respuesta emocional | -0.48 | 0.0001 |
| IPQ-R Global | -0.60 | 0.0001 |
| <i>Representaciones cognitivas y emocionales</i> | | |
| Representación Cognitiva | -0.44 | 0.0001 |
| Representación Emocional | -0.48 | 0.0001 |

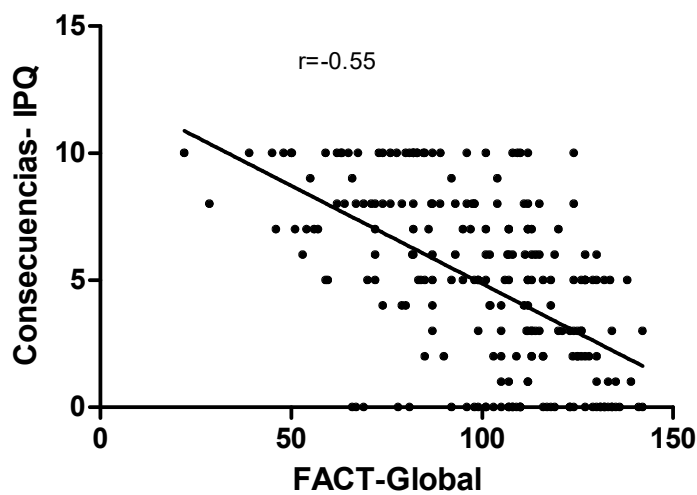


Figura 18: Correlación lineal entre Fact-Global y Consecuencias del IPQ-R

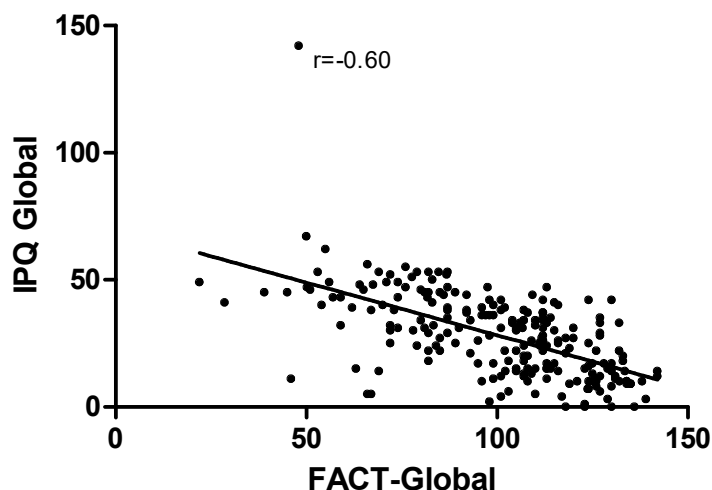


Figura 19: correlación lineal entre Fact-Global y IPQ-R Global.

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, utilizando todas las variables del IPQ-R, ya que resultaron estadísticamente significativas en la correlación lineal. Se utilizó el método introducir. El análisis excluyó la variable *Representación emocional* en tanto se registró que no agrega datos para predecir la CVRS. En la tabla XXIV se muestran los resultados de la regresión lineal múltiple. El modelo global fue estadísticamente significativo.

Tabla XXIV

Análisis de regresión lineal múltiple entre FACT-Global y las diferentes variables de IPQ-R

| | β | IC 95% límite inferior | IC 95% límite superior | Valor de p |
|---|---------|------------------------|------------------------|------------|
| Percepción y creencias sobre la enfermedad | | | | |
| Consecuencias | -0.57 | -5.9 | -2.1 | 0,0001 |
| Duración de la enfermedad | -0,37 | -4.5 | -0.84 | 0.005 |
| Control sobre la enfermedad | -0,26 | -3.7 | -0.47 | 0.012 |
| Identidad | -0.52 | -5.6 | -2.04 | 0.0001 |
| Conciencia la enfermedad (preocupación) | -0,22 | -0.176 | 3.11 | 0.08 |
| Coherencia sobre la enfermedad | -0,035 | -1.5 | 0.90 | 0.61 |

| | | | | |
|--|-------|-------|------|-------|
| IPQ Global | -0.11 | -0.69 | 0.36 | 0.53 |
| <i>Representaciones cognitivas y emocionales</i> | | | | |
| Representación Cognitiva | 0.56 | 0.66 | 3.4 | 0.004 |
| Representación Emocional | -0.27 | -2.04 | 0.11 | 0.080 |

Modelo global: $F=20.05$, $p = 0.0001$; $R^2 = 0.47$; R^2 corregida = 0.44

5.2.3.5 Discusión y análisis

El estudio buscó describir las creencias y percepciones de las mujeres con cáncer de mama sobre la enfermedad, durante el curso de los tratamientos oncoespecífico, atendiendo si a partir de estos se establecían diferencias significativas en las percepciones y creencias atribuidas. A su vez, se estudió la asociación entre variables sociodemográficas y las creencias y percepciones sobre la enfermedad. Se analizaron las atribuciones causales que otorgan las mujeres a su dolencia. Por otra parte, se indagó la correlación existente entre las percepciones y creencias sobre la enfermedad y la CVRS.

Se encontró que la mayoría de las mujeres refieren una percepción de severidad con respecto a la enfermedad que se ubica por debajo de la media de la escala. Al mismo tiempo, tienen una buena comprensión de la enfermedad, perciben que los tratamientos contribuyen con la salud y sienten que pueden controlar la enfermedad, por lo cual lograrían conductas de autorregulación. La mayoría de las mujeres utilizan representaciones de tipo cognitivas, lo que se relaciona con los resultados observados en la valoración de EDT, donde se registró un predominio en el control e inhibición emocional, destacándose el manejo racional.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que la percepción de duración de la enfermedad es mayor en aquellas que finalizaron los tratamientos y se encuentran en condiciones de valorar y reconstruir todo el proceso, mientras que las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento oncoespecífico seguramente focalicen su preocupación en la situación

inmediata, sin preocuparse por el proceso en su conjunto. Se encontró que en términos generales las mujeres que se encuentran en tratamiento conciben que la enfermedad es medianamente larga y que genera consecuencias que impactan a nivel emocional a largo plazo. Con respecto a la percepción sobre la duración de la enfermedad, también Mc. Corry et. al., (2013) y Kern et. al., (2016) encontraron que la duración, la percepción de cronicidad e ineficiencia de los tratamientos incide en los niveles de angustia, siendo predictiva de calidad de vida. Las mujeres reportan mayor angustia cuando tienen la convicción de que el cáncer durará mucho tiempo, que es una afección crónica y cuando consideran que los tratamientos no serán efectivos.

Algo similar ocurrió con respecto al ítem que valora *preocupación o conciencia de enfermedad e identidad de la enfermedad*. El cáncer es percibido con mayor gravedad por las mujeres una vez que finalizan los tratamientos, o se encuentran en hormono-inmunoterapia. Seguramente durante los tratamientos oncoespecíficos más agresivos (quimioterapia y cirugía), deban recurrir a defensas que minimizan la gravedad a los efectos de sostener la adhesión de estos. Una vez que salen de los tratamientos oncoespecíficos y reconstruyen lo vivido tienden a valorar el proceso, percibiendo una mayor gravedad. Sin embargo, la representación emocional es más intensa en las mujeres que se encuentran en quimioterapia en comparación con los otros tratamientos oncoespecíficos, evidenciando que este tipo de tratamiento coloca a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad emocional generando mayores respuestas de ansiedad y angustia.

En términos generales, del estudio realizado se puede afirmar que las creencias y atribuciones sobre el cáncer influyen en la valoración de la CVRS. Estas creencias pueden favorecer u obstaculizar el ajuste a la enfermedad, tal como también lo constataron Vinaccia, Quiceno y Remor (2012).

Los resultados obtenidos en esta muestra coinciden con los de Giraldo-Mora y Arangano (2009), Rozema, Vollnik y Lechner (2009) y Gercovich, et. al. (2012), quienes también reportan una asociación entre percepción y creencias sobre la enfermedad y la CVRS.

En este estudio se encontró que cuanto menor es la percepción sobre consecuencias a nivel físico, social y emocional que ocasiona la enfermedad; cuanto menores son los síntomas que ocasiona la enfermedad y menores son las reacciones emocionales adversas (ansiedad y angustia), mejor es la percepción que tienen las mujeres sobre la CVRS a nivel global. La percepción de riesgo sobre las consecuencias negativas de la enfermedad es menor cuanto menores son los síntomas físicos, emocionales, la discapacidad funcional y los efectos específicos que ocasiona el cáncer de mama.

Se encontró también que cuanto mayor es la percepción de control sobre los tratamientos, la enfermedad y la comprensión de la situación, mejor es la valoración de la calidad de vida que realizan las mujeres. En ese sentido, la percepción de control sobre la enfermedad se asoció como variable predictiva de la CVRS. Estos resultados coinciden con los hallazgos obtenidos en los estudios de Rozema (2009); Mc. Corry, et. al. (2013) y Kern, et. al. (2016), por lo cual se confirma la hipótesis que cuando la mujer tiene la percepción de ser capaz de controlar la enfermedad, esto incide en la percepción que realiza de la CVRS, siendo esta más favorable.

Con respecto a las variables sociodemográficas y las creencias sobre la enfermedad, se encontró que la percepción de control sobre los tratamientos es mayor en las mujeres con mejor nivel educativo, variable que también se observó asociada, en los estudios de Kern, et. al. (2016). Seguramente el nivel educativo incide en la comprensión de los tratamientos y favorezca las conductas de cuidado de sí.

Si bien en la muestra con la que se trabajó la percepción del cáncer de mama como una enfermedad amenazante se ubicó por debajo de la media en la escala, se registró una gran dispersión en las respuestas, lo que lleva a pensar que algunas mujeres tienen una percepción

muy amenazante, mientras que otras minimizan sus efectos. Cuanto más amenazante es percibida la enfermedad, menor es la valoración de la CVRS. Por ejemplo, las pacientes que se encontraban durante la evaluación en tratamiento quimioterapéutico o postcirugía registraron mayores índices de gravedad que las que se encontraban en hormonoterapia- inmunoterapia o radioterapia.

Con respecto a las atribuciones causales, el estudio demuestra que la gran mayoría de las mujeres tienden a elaborar alguna hipótesis explicativa de la enfermedad. Estas atribuciones en la muestra con la que se trabajó, no se corresponden con los conocimientos académicos, al igual que encontraron Peuker, et. al, (2016) y Lizama et. al (2016) en otros estudios.

Las atribuciones causales que el 80 % de las pacientes dan refieren a causas psicológicas, luego se ubican las biológicas (32.8 %), los hábitos (15.4 %) y el destino (14 %) casi en igual porcentaje, las lesiones (8.9 %), la incidencia de productos químicos o ambientales y la falta de recursos en último lugar.

Al igual que en otros estudios (Peuker, et. al., 2016; Lizama, et. al., 2016), en la primera respuesta se encontró cerca del 50 % atribuciones a situaciones de angustia por pérdidas, estrés prolongado, conflictos familiares, como desencadenantes del cáncer de mama. En este sentido, se registra una tendencia a ubicar el cáncer dentro de la historia biográfica de las personas en conexión con situaciones de duelo, estrés o violencia sostenida. El disgusto, la pena, el dolor afectivo y la tensión sostenida se ubican como desencadenantes de la enfermedad, dando cuenta de una concepción integral de la salud física-emocional-social. Por otra parte, hay un supuesto de haber transitado situaciones de vulnerabilidad que llevaron a desatenderse. Las segundas y terceras atribuciones causales siguen la misma secuencia de prioridad (causa psicológica, biológicas, hábitos, destino).

Las atribuciones a causas referidas a factores biológicos (herencia), destino o lesiones, resultan de muy difícil control y generan imposibilidad de acción, representando más del 50 % de las respuestas generales. Las respuestas que atribuyen como desencadenante de la enferme-

dad comportamientos y hábitos (trabajo pesado, mala alimentación, pocas horas de sueño, exceso en el consumo de tabaco y alcohol), son aquellas sobre las que se podría incidir, sin embargo, se presentan en una frecuencia muy baja (15.4 %). A su vez, dentro de estas en muy pocos casos surge la atribución a la falta de conductas de control preventivo, dando cuenta que esta no es una práctica incorporada por estas mujeres en su vida cotidiana.

5.2.4 Estrategias de Afrontamiento

5.2.4.1 Descripción general de los resultados

El análisis descriptivo del cuestionario tuvo como fin valorar los 12 ítems que componen las estrategias de afrontamiento: Autodistracción, Afrontamiento activo, Negación, Uso de sustancias, Utilización de apoyo emocional, Desvinculación comportamental, Expresión de emociones negativas, Reinterpretación positiva, Planificación, Humor, Aceptación y Religión (Figura 3). Se registraron las medidas de resumen central y dispersión. Se observó el uso de gran variedad de estrategias de afrontamiento con similar frecuencia. Esto denota que las pacientes no utilizan una única estrategia para hacer frente a la situación estresante (Tabla XXV).

Las estrategias más utilizadas son la de aceptación del proceso de enfermedad que está ocurriendo; la búsqueda de apoyo emocional y el uso de estrategias de afrontamiento activo que apuntan a incrementar los esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.

Le siguen en orden decreciente de frecuencia el uso de estrategias que tienden a buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación de enfermedad (reinterpretación positiva). Con igual frecuencia aparece el uso de la religión (la participación en actividades religiosas) y el recurrir a actividades de autodistracción, tales como concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para no concentrarse en el estresor.

Tabla XXV

Estrategias de Afrontamiento B-COPE

| n=200 | Mediana (RIQ) |
|-----------------------------------|---------------|
| Autodistracción | 6.0 (4.0-7.0) |
| Negación | 3.0 (2.0-6.0) |
| Uso de sustancias | 2.0 (2.0-3.0) |
| Desvinculación | 2.0 (2.0-3.0) |
| Religión | 6.0 (3.0-8.0) |
| Afrontamiento activo | 7.0 (5.0-8.0) |
| Re-interpretación positiva | 6.0 (5.0-8.0) |
| Planificación | 5.0 (3.3-7.0) |
| Apoyo emocional | 8.0 (6.0-8.0) |
| Expresión emocional | 5.0 (3.0-6.0) |
| Humor | 3.0 (2.0-7.0) |
| Aceptación | 8.0 (6.0-8.0) |

RIQ: rango intercuartil

En la literatura revisada no hay consenso sobre como agrupar las estrategias. Se tomó el criterio utilizado por Morán, Landero y González (2010) y por Reich y Remor (2016) para la reagrupación en modos de afrontamiento centrados en el problema (afrontamiento activo, reinterpretación positiva y planificación), centrados en la emoción (apoyo emocional, aceptación, humor, exteriorización de emociones negativas) y aquellas estrategias de tipo evitativo (negación, uso de sustancias, desvinculación comportamental, religión).

La estrategia más utilizada fue la *centrada en la emoción*, le sigue en orden decreciente la estrategia *evitativa* y en tercer orden el *afrontamiento centrado en el problema* (Tabla XXVI).

Tabla XXVI

Tipos de afrontamiento

| n=200 | Mediana (RIQ) |
|--------------------------------|------------------|
| Centrado en la emoción | 23.0 (20.0-26.0) |
| Centrado en el problema | 18.0 (14.2-10.0) |
| Evitativo | 20.0 (17.0-24.0) |

RIQ: rango intercuartil

A su vez, se tomó la descripción e interpretación realizada por Reich, Costa-Ball y Remor (2016), quien analiza los resultados obtenidos de la escala aplicada a población montevideana, a la luz de la teoría sobre los constructos implicados (Martínez-Arias, Hernández-Lloreda y Hernández-Lloreda, 2006), reagrupando los ítems en 4 factores emergentes, tales como: 1- Factor Humor-Evitativo (autodistracción, reinterpretación positiva, humor, expresión de emociones negativas); 2- Factor Evitativo-Emocional (negación, desvinculación comportamental, expresiones emocionales negativas, aceptación); 3- Factor Evitativo-Religioso (uso de sustancias, religión); 4- Factor Focalizado en el Problema- utilización de Apoyo social (afrontamiento activo, apoyo emocional, reinterpretación positiva, planificación). El factor que aparece con mayor frecuencia es el focalizado en el problema y utilización de apoyo social, siguiéndole el factor humor evitativo (Tabla XXVII).

Tabla XXVII

Factores de afrontamiento

| n=200 | Mediana (RIQ) |
|--|------------------|
| Factor Humor evitativo | 20.0 (17.0-25.0) |
| Factor Evitativo-emocional | 18.0 (15.0-20.0) |
| Factor evitativo religioso | 8.5 (6.0-10.0) |
| Problema- utilización de Apoyo social | 25.0 (21.0-28.0) |

RIQ: rango intercuartil

Si se considera la clasificación que reagrupa las estrategias en *adaptativas* y *desadaptativas* (Tabla XXVIII), se encontró un predominio de aquellas estrategias adaptativas. Entre ellas se ubica el *afrontamiento activo*, el *apoyo emocional*, la *reinterpretación positiva*, la *planificación*, la *aceptación*. En segundo orden, se ubican las estrategias desadaptativas: *autodistracción*, *negación uso de sustancias*, *desvinculación comportamental*, *expresión de emociones negativas*, *religión*.

Tabla XXVIII

Estrategias Desadaptativas – Adaptativas

| n=200 | Mediana (RIQ) |
|----------------------|------------------|
| Desadaptativo | 24.0 (21.0-29.0) |
| Adaptativo | 31.5 (27.0-35.0) |

RIQ: rango intercuartil

5.2.4.2 B- COPE y variables sociodemográficas

Se estudió la relación entre las estrategias de afrontamiento y las variables sociodemográficas (Tabla XXIX). Del conjunto de variables sociodemográficas se registraron valores significativos en la categoría relativa a la *convivencia* (vivir sola o acompañada) y el *uso de estrategias de afrontamiento*. Las mujeres que viven solas tienden a utilizar de modo más frecuente estrategias de afrontamiento tales como: *afrontamiento activo*, *planificación*, *expresión emocional*. A su vez estas pacientes tienden a utilizar de modo más frecuente el *afrontamiento centrado en la emoción*, el *afrontamiento centrado en el problema* y a buscar *apoyo social*.

Tabla XXIX

B-COPE y núcleo de convivencia

| | Vive acompañado | Vive Solo | Valor de p* |
|--|------------------|------------------|-------------|
| Estrategias de afrontamiento | | | |
| Autodistracción | 6.0 (4.0-7.0) | 4.0 (5.0-8.0) | 0.91 |
| Negación | 3.0 (2.0-6.0) | 4.0 (2.0-6.0) | 0.12 |
| Uso de sustancias | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.73 |
| Desvinculación | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.84 |
| Religión | 6.0 (3.0-9.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 0.29 |
| Afrontamiento activo | 7.0 (5.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.0030 |
| Reinterpretación positiva | 6.0 (4.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 0.066 |
| Planificación | 5.0 (3.0-6.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 0.0001 |
| Apoyo emocional | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.12 |
| Expresión emocional | 4.0 (3.0-6.0) | 6.0 (4.0-7.0) | 0.020 |
| Humor | 3.0 (2.0-7.0) | 4.0 (2.0-7.0) | 0.62 |
| Aceptación | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.70 |
| Comprensión de Enfermedad | 9.0 (6.0-10.0) | 10.0 (8.0-10.0) | 0.15 |
| Tipos de Afrontamiento | | | |
| Centrado en la emoción | 22.0 (19.0-26.0) | 25.0 (21.0-28.0) | 0.028 |
| Centrado en el problema | 17.0 (14.0-20.0) | 20.0 (18.0-23.0) | 0.0001 |
| Evitativo | 20.0 (17.0-23.0) | 22.0 (17.0-25.0) | 0.27 |
| Estrategias de Afrontamiento | | | |
| Desadaptativo | 24.0 (21.0-28.0) | 27.0 (22.0-31.0) | 0.10 |
| Adaptativo | 31.0 (27.0-34.0) | 35.0 (32.0-37.0) | 0.0001 |
| Factores de Afrontamiento | | | |
| Factor Humor evitativo | 20.0 (17.0-24.0) | 22.0 (18.0-26.0) | 0.095 |
| Factor Evitativo-emocional | 18.0 (15.0-20.0) | 20.0 (17.0-23.0) | 0.068 |
| Factor evitativo religioso | 9.0 (5.0-10.0) | 9.0 (7.0-10.0) | 0.33 |
| Problema- utilización de Apoyo social | 24.0 (20.0-27.0) | 28.0 (25.0-29.0) | 0.0001 |

RIQ: rango intercuartil *Prueba Kruskal-Wallis

También se encontró asociación significativa entre las mujeres creyentes y el uso de estrategias tales como la *religión*, el *afrontamiento evitativo*, el *evitativo-religioso* y las *estrategias desadaptativas* (Tabla XXX).

Las mujeres creyentes tienden a utilizar de forma más frecuente estas estrategias de afrontamiento.

Tabla XXX

B-COPE y creencia religiosa

| Estrategias de afrontamiento | Creyente | No creyente | Valor de p* |
|-------------------------------------|------------------|------------------|-------------|
| Autodistracción | 6.0 (4.0-7.0) | 7.0 (4.0-8.0) | 0.43 |
| Negación | 4.0 (2.0-6.0) | 2.0 (2.0-4.0) | 0.072 |
| Uso de sustancias | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.37 |
| Desvinculación | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-4.0) | 0.48 |
| Religión | 7.0 (4.0-8.0) | 2.0 (2.0-5.0) | 0.0001 |
| Afrontamiento activo | 7.0 (5.0-8.0) | 8.0 (6.0-8.0) | 0.062 |
| Reinterpretación positiva | 6.0 (4.0-8.0) | 6.0 (4.0-7.0) | 0.74 |
| Planificación | 5.0 (3.0-7.0) | 5.0 (4.0-7.0) | 0.58 |
| Apoyo emocional | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.68 |
| Expresión emocional | 5.0 (3.0-6.0) | 5.0 (4.0-6.0) | 0.87 |
| Humor | 3.0 (2.0-7.0) | 2.0 (2.0-6.0) | 0.47 |
| Aceptación | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.039 |
| Comprensión de Enfermedad | 9.0 (6.0-10.0) | 10.0 (8.0-10.0) | 0.071 |
| Tipos de Afrontamiento | | | |
| Centrado en la emoción | 22.0 (20.0-26.0) | 23.0 (20.0-27.0) | 0.58 |
| Centrado en el problema | 18.0 (14.0-20.0) | 18.0 (15.0-20.0) | 0.43 |
| Evitativo | 21.0 (17.0-24.0) | 18.0 (15.0-22.0) | 0.021 |
| Estrategias de Afrontamiento | | | |
| Desadaptativo | 25.0 (21.0-29.0) | 22.0 (19.0-24.0) | 0.045 |
| Adaptativo | 31.0 (27.0-35.0) | 33.0 (28.0-36.0) | 0.25 |

| Factores de Afrontamiento | | | |
|--|------------------|------------------|--------|
| Factor Humor evitativo | 20.0 (17.0-25.0) | 21.0 (16.0-25.0) | 0.86 |
| Factor Evitativo-emocional | 18.0 (15.0-20.0) | 19.0 (17.0-20.0) | 0.53 |
| Factor evitativo religioso | 9.0 (7.0-10.0) | 5.0 (4.0-7.0) | 0.0001 |
| Problema- utilización de Apoyo social | 24.5 (21.0-28.0) | 25.0 (22.0-28.0) | 0.36 |

RIQ: rango intercuartil *Prueba Kruskal-Wallis

No se encontró asociación significativa en relación al nivel educativo y las estrategias de afrontamiento.

5.2.4.3 B-COPE y variables clínico-biológicas

En primer término, se compararon los resultados del B-COPE entre las mujeres que se encontraban en tratamiento actual y las que no estaban en tratamiento oncoespecífico al momento de la recolección de datos. Se encontró diferencia significativa en el uso de las estrategias de desvinculación comportamental, teniendo mayor presencia en las mujeres sin tratamiento oncoespecífico ($p=0.044$) (Figura 20).

En las otras variables no se observaron diferencias significativas.

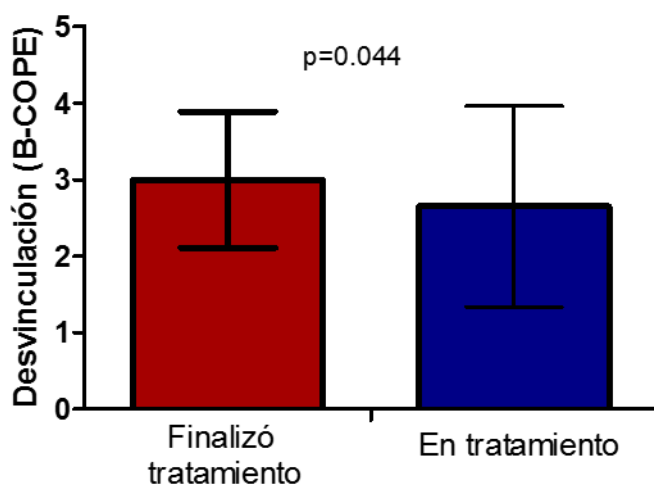


Figura 20. Se presentan los resultados de Desvinculación B-COPE en función de si las pacientes están recibiendo tratamiento actual o no. Se muestra mediana, rango intercuartil y valor de p.

Se compararon posteriormente las estrategias utilizadas por las mujeres en los distintos momentos del tratamiento. (Tabla XXXI)

Tabla XXXI

B-COPE en función del tratamiento que estaban recibiendo

| n=203 | Sin Tratamiento | Radioterapia | Quimioterapia | Cirugía | Hormonoterapia | Valor de p* |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------------------|-------------|
| | actual | Mediana (RIQ) | Mediana (RIQ) | Mediana (RIQ) | y/o Inmunoterapia Mediana (RIQ) | |
| Estrategias de afrontamiento | | | | | | |
| Auto | 5.0 (4.0-8.0) | 6.0 (5.0-7.0) | 6.5 (5.0-8.0) | 6.0 (4.0-7.0) | 5.0 (4.0-7.0) | 0.29 |
| distracción | | | | | | |
| Negación | 3.0 (2.0-6.0) | 3.0 (2.0-4.0) | 4.0 (2.0-7.0) | 3.0 (2.0-5.0) | 3.0 (2.0-6.0) | 0.74 |
| Uso de | | | | | | |
| sustancias | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.93 |
| Desvinculación | 2.0 (2.0-4.0) | 2.0 (2.0-4.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.25 |
| Religión | 8.0 (2.0-8.0) | 6.0 (5.0-8.0) | 6.5 (3.0-8.0) | 6.0 (4.0-8.0) | 6.0 (3.0-8.0) | 0.96 |
| Afrontamiento | 7.0 (5.0-8.0) | 7.0 (5.0-7.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 0.45 |

| | | | | | | |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------|
| activo | | | | | | |
| Re | | | | | | |
| interpretación | 7.0 (3.0-8.0) | 6.0 (5.0-7.0) | 6.0 (5.0-8.0) | 5.0 (4.0-7.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 0.18 |
| positiva | | | | | | |
| Planificación | 4.0 (3.0-7.0) | 5.0 (4.0-6.0) | 5.0 (4.0-7.0) | 5.0 (3.0-6.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 0.83 |
| Apoyo | 7.0 (3.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.21 |
| emocional | | | | | | |
| Expresión | 5.0 (3.0-6.0) | 4.0 (2.0-6.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 4.0 (3.0-6.0) | 5.0 (2.0-6.0) | 0.64 |
| emocional | | | | | | |
| Humor | 5.0 (2.0-8.0) | 2.0 (2.0-6.0) | 4.0 (2.0-7.0) | 4.0 (2.0-7.0) | 3.0 (2.0-7.0) | 0.09 |
| Aceptación | 8.0 (7.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.014 |
| Comprensión | 10.0 (7.0-10.0) | 8.0 (7.0-10.0) | 9.0 (6.0-10.0) | 8.0 (5.0-10.0) | 10.0 (7.0-10.0) | 0.54 |
| de Enfermedad | | | | | | |
| Tipos de | | | | | | |
| Afrontamiento | | | | | | |
| Centrado en la | 23.0 (20.0-28.0) | 21.0 (19.0-24.0) | 22.5 (20.0-27.0) | 23.0 (19.0-26.0) | 23.0 (20.0-26.0) | 0.23 |
| emoción | | | | | | |
| Centrado en el | 18.0 (14.0-21.0) | 18.0 (14.0-19.0) | 18.0 (15.0-20.0) | 17.0 (12.0-19.0) | 18.0 (15.0-21.0) | 0.57 |
| problema | | | | | | |
| Evitativo | 21.0 (16.0-23.0) | 20.0 (17.0-22.0) | 21.0 (18.0-25.0) | 20.0 (17.0-24.0) | 20.0 (16.0-22.0) | 0.56 |
| Estrategias de | | | | | | |
| Afrontamiento | | | | | | |
| Desadaptativo | 26.0 (20.0-30.0) | 24.0 (19.0-28.0) | 26.0 (22.0-31.0) | 23.0 (21.0-27.0) | 24.0 (20.0-27.0) | 0.40 |
| Adaptativo | 32.0 (29.0-35.0) | 31.0 (27.0-34.0) | 32.0 (28.0-35.0) | 28.0 (24.0-34.0) | 33.0 (28.0-36.0) | 0.29 |
| Factores de | | | | | | |
| Afrontamiento | | | | | | |
| Factor Humor | 22.0 (16.0-25.0) | 19.0 (16.0-22.0) | 21.0 (18.0-26.0) | 19.0 (14.0-24.0) | 21.0 (17.0-25.0) | 0.25 |
| evitativo | | | | | | |
| Factor | | | | | | |
| Evitativo- | 19.0 (15.0-22.0) | 17.0 (15.0-19.0) | 18.0 (16.0-21.0) | 18.0 (15.0-20.0) | 18.0 (16.0-22.0) | 0.27 |
| emocional | | | | | | |
| Factor evitativo | 10.0 (4.0-10.0) | 8.0 (7.0-10.0) | 9.0 (6.0-10.0) | 8.0 (7.0-10.0) | 8.0 (5.0-10.0) | 0.90 |
| religioso | | | | | | |
| Problema- | | | | | | |
| utilización de | 25.0 (22.0-27.0) | 24.0 (22.0-26.0) | 25.0 (21.0-28.0) | 22.0 (19.0-27.0) | 26.0 (22.0-29.0) | 0.38 |
| Apoyo social | | | | | | |

RIQ: rango intercuartil *Prueba Kruskal-Wallis

La estrategia de aceptación aparece con mayor uso en las pacientes que se encuentran en hormonoterapia- inmunoterapia, con respecto a las que se encuentran en quimioterapia (p. 0.001), en radioterapia (p.: 0.029) o cirugía (p.: 0.038), y similar uso con respecto a las pacientes sin tratamiento (p.0.27) (Figura 21).

El uso del humor como estrategia aparece con mayor uso en las pacientes que terminaron los tratamientos, con respecto a aquellas que se encuentran en radioterapia u hormono inmunoterapia.

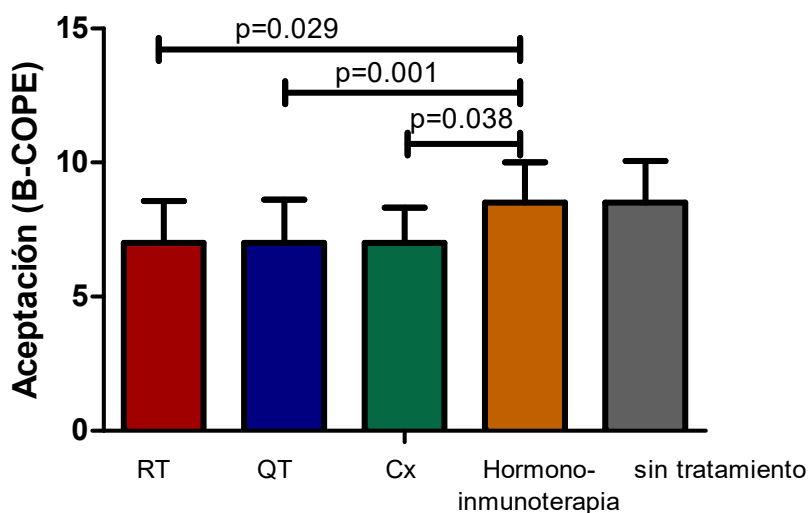


Figura 21: Estrategia de Aceptación y tipos de tratamiento recibidos

Adicionalmente, se estudió la asociación entre las estrategias de afrontamiento y el tipo de cirugía recibida utilizando test no paramétricos (Tabla XXXII). Se encontraron diferencias significativas con respecto al menor uso que hacen las mujeres a las que se le realizaron lumpectomía de estrategias centradas en la emoción, evitativas, del humor y aceptación, en com-

paración con aquellas que pasaron por otro tipo de intervención quirúrgica (Figuras 22, 23 y 24).

Tabla XXXII

B-COPE en función del tipo de cirugía realizada.

| n=203 | Lumpectomía | Mastectomía | Mastectomía radical | Mastectomía radical | Valor de p* |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Mediana (RIQ) | parcial Mediana (RIQ) | con reconstrucción Mediana (RIQ) | sin reconstrucción Mediana (RIQ) | |
| Estrategias de afrontamiento | | | | | |
| Autodistracción | 5.0 (4.0-7.0) | 5.0 (4.0-7.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 6.0 (4.5-7.5) | 0.16 |
| Negación | 4.0 (2.0-5.0) | 4.0 (2.0-6.0) | 4.0 (2.0-8.0) | 3.0 (2.0-6.0) | 0.81 |
| Uso de sustancias | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.93 |
| Desvinculación | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.56 |
| Religión | 6.0 (5.0-8.0) | 6.0 (2.0-8.0) | 8.0 (3.0-8.0) | 7.0 (3.0-8.0) | 0.47 |
| Afrontamiento activo | 7.0 (5.0-7.0) | 6.0 (5.0-8.0) | 7.5 (6.0-8.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 0.18 |
| Reinterpretación positiva | 6.0 (4.0-7.0) | 6.0 (5.0-8.0) | 7.0 (5.0-8.0) | 6.0 (4.0-8.0) | 0.62 |
| Planificación | 6.0 (4.0-7.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 0.65 |
| Apoyo emocional | 7.0 (6.0-8.0) | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 8.0 (6.5-8.0) | 0.69 |
| Expresión emocional | 4.0 (2.0-6.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 4.5 (3.0-7.0) | 4.0 (2.0-6.0) | 0.54 |
| Humor | 3.0 (2.0-5.0) | 3.0 (2.0-7.0) | 4.5 (3.0-8.0) | 4.5 (2.0-8.0) | 0.041 |
| Aceptación | 7.0 (6.0-8.0) | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.020 |
| Comprensión de Enfermedad | 9.0 (8.0-10.0) | 9.0 (5.0-10.0) | 10.0 (8.0-10.0) | 10.0 (7.5-10.0) | 0.39 |
| Tipos de Afrontamiento | | | | | |
| Centrado en la emoción | 21.0 (19.0-24.0) | 23.0 (20.0-26.0) | 26.5 (23.0-28.0) | 23.0 (19.5-28.0) | 0.022 |
| Centrado en el problema | 18.0 (15.0-20.0) | 17.0 (14.0-21.0) | 18.0 (16.0-22.0) | 18.0 (14.0-20.0) | 0.89 |
| Evitativo | 21.0 (18.0-23.0) | 20.0 (16.0-22.0) | 21.5 (17.0-24.0) | 20.0 (17.5-23.5) | 0.54 |

| | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-------|
| Estrategias de Afrontamiento | | | | | |
| Desadaptativo | 24.5 (22.0-28.0) | 24.0 (20.0-28.0) | 26.5 (22.0-30.0) | 24.0 (21.0-28.5) | 0.71 |
| Adaptativo | 31.5 (27.0-34.0) | 30.0 (27.0-35.0) | 34.0 (28.0-36.0) | 32.0 (27.0-35.0) | 0.53 |
| Factores de Afrontamiento | | | | | |
| Factor Humor evitativo | 19.0 (16.0-23.0) | 20.0 (17.0-24.0) | 23.0 (19.0-27.0) | 20.5 (16.0-25.0) | 0.063 |
| Factor Evitativo-emocional | 17.0 (15.0-19.0) | 18.0 (15.0-21.0) | 18.0 (17.0-20.0) | 18.0 (15.0-20.0) | 0.46 |
| Factor evitativo religioso | 8.5 (8.0-10.0) | 8.0 (4.0-10.0) | 10.0 (5.0-10.0) | 9.0 (5.5-10.0) | 0.43 |
| Problema-utilización de Apoyo social | 25.0 (20.0-27.0) | 24.0 (21.0-28.0) | 26.0 (23.0-29.0) | 24.5 (20.0-27.0) | 0.79 |

RIQ: rango intercuartil *Prueba Kruskal-Wallis

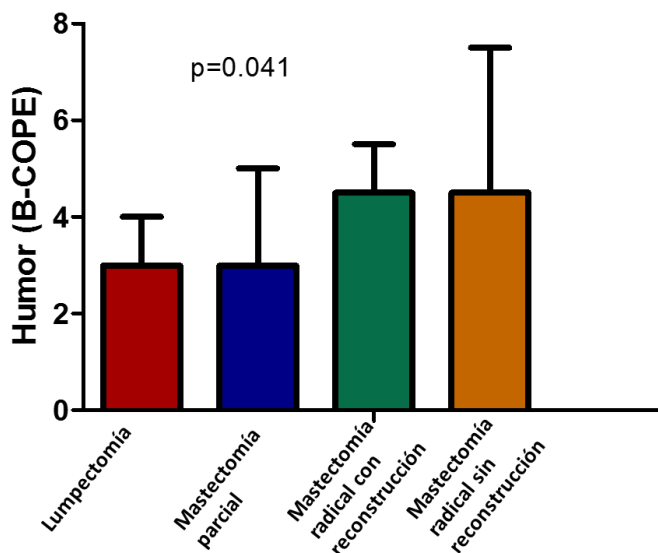


Figura 22. Se muestra el Afrontamiento Humor del B-COPE en función de tipo de cirugía. Se expresa en mediana±RIQ.

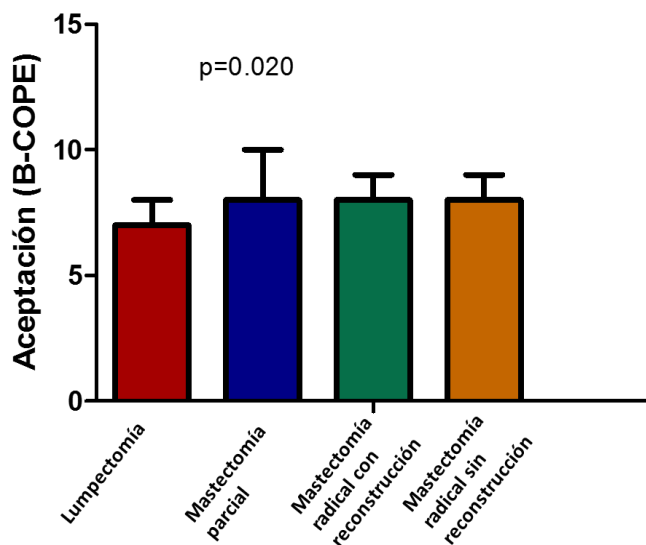


Figura 23. Se muestra el Afrontamiento Aceptación del B-COPE en función de tipo de cirugía. Se expresa en mediana±RIQ.

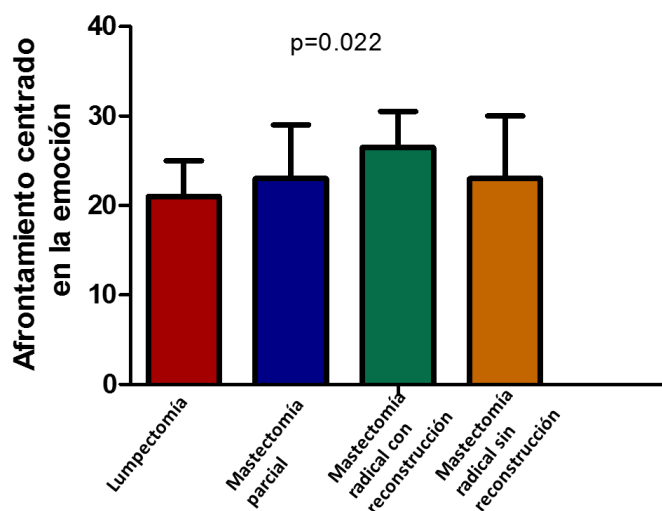


Figura 24. Se muestra afrontamiento centrado en la emoción del B-COPE, en función de tipo de cirugía. Se expresa en mediana±RIQ.

Cuando se subcategorizan las mujeres (Tabla XXXIII) según se les realizó o no una cirugía conservadora (lumpectomía, mastectomía parcial o mastectomía radical con reconstrucción mamaria), se registra que aquellas que recibieron mastectomía radical sin reconstrucción

tienden a utilizar de modo más frecuente estrategias de afrontamiento de tipo adaptativas, centradas en la emoción y que se mueve en el eje evitativo-humor (Figuras: 25, 26 y 27).

Tabla XXXIII

B-COPE en función del tipo de cirugía que se realizaron.

| n=203 | Mastectomía parcial o cirugía radical con reconstrucción mamaria (mediana-RIQ) | Cirugía radical sin reconstrucción mamaria (mediana-RIQ) | Valor de p* |
|-------------------------------------|--|---|-------------|
| Estrategias de afrontamiento | | | |
| Autodistracción | 6.0 (4.0-7.0) | 6.0 (4.5-7.5) | 0.61 |
| Negación | 3.0 (2.0-6.0) | 3.0 (2.0-6.0) | 0.66 |
| Uso de sustancias | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.77 |
| Desvinculación | 2.0 (2.0-3.0) | 2.0 (2.0-3.0) | 0.90 |
| Religión | 6.0 (4.0-8.0) | 7.0 (3.0-8.0) | 0.99 |
| Afrontamiento activo | 7.0 (5.0-8.0) | 7.0 (6.0-8.0) | 0.22 |
| Re-interpretación positiva | 6.0 (4.0-8.0) | 6.0 (4.0-8.0) | 0.21 |
| Planificación | 5.0 (3.0-7.0) | 5.0 (3.0-7.0) | 0.50 |
| Apoyo emocional | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (6.5-8.0) | 0.15 |
| Expresión emocional | 5.0 (3.0-6.0) | 4.0 (2.0-6.0) | 0.72 |
| Humor | 3.0 (2.0-6.0) | 4.5 (2.0-8.0) | 0.041 |
| Aceptación | 8.0 (6.0-8.0) | 8.0 (7.0-8.0) | 0.15 |
| Comprensión de Enfermedad | 9.0 (6.0-10.0) | 10.0 (7.5-10.0) | 0.62 |
| Tipos de Afrontamiento | | | |
| Centrado en la Emoción | 22.0 (19.0-26.0) | 23.0 (19.5-28.0) | 0.040 |
| Centrado en el Problema | 18.0 (14.0-20.0) | 18.0 (14.0-20.0) | 0.09 |
| Evitativo | 20.0 (17.0-23.0) | 20.0 (17.5-23.5) | 0.78 |
| Estrategias de Afrontamiento | | | |
| Desadaptativo | 24.0 (21.0-29.0) | 24.0 (21.0-28.5) | 0.77 |
| Adaptativo | 31.0 (27.0-35.0) | 32.0 (27.0-35.0) | 0.047 |
| Factores de Afrontamiento | | | |
| Factor Humor Evitativo | 20.0 (17.0-24.0) | 20.5 (16.0-25.0) | 0.087 |
| Factor Evitativo-Emocional | 18.0 (15.0-21.0) | 18.0 (15.0-20.0) | 0.30 |
| Factor Evitativo Religioso | 8.0 (6.0-10.0) | 9.0 (5.5-10.0) | 0.94 |
| Problema- utilización de | 24.0 (20.0-28.0) | 24.5 (20.0-27.0) | 0.10 |

RIQ: rango intercuartil *Prueba Mann-Whitney

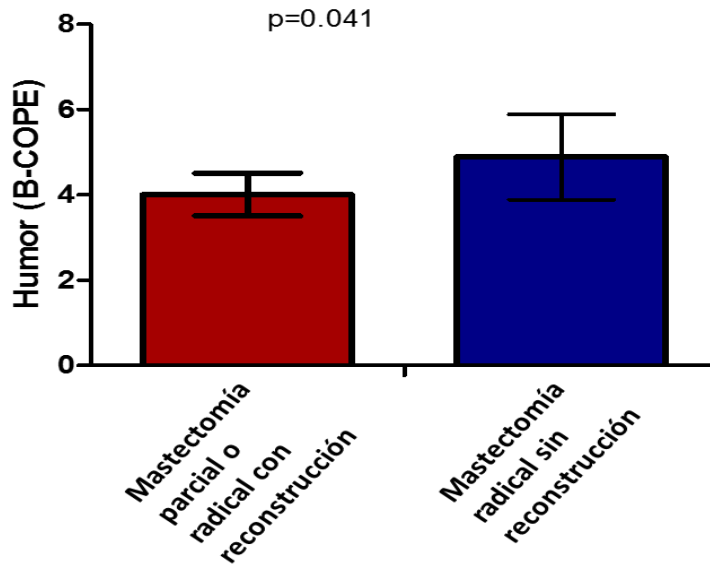


Figura 25. Se muestra frontamiento Humor del B-COPE en función de tipo de cirugía. Se expresa en media±DS.

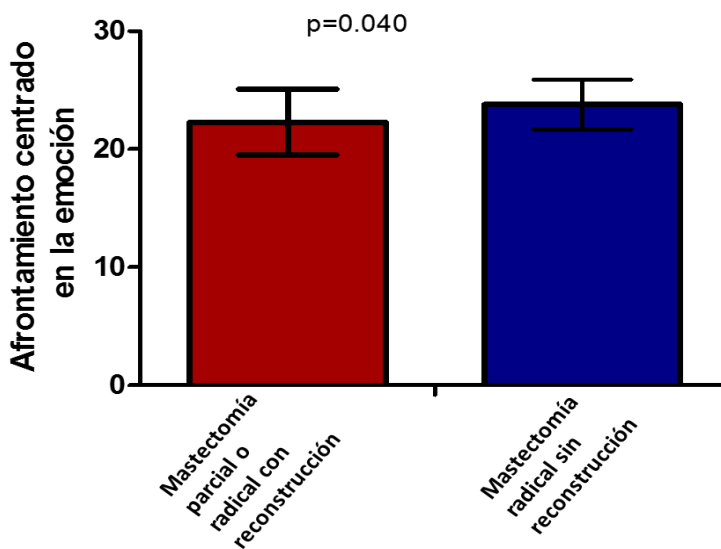


Figura 26. Se muestra Afrontamiento centrado en la emoción del B- COPE, en función de tipo de cirugía. Se expresa en media±DS.

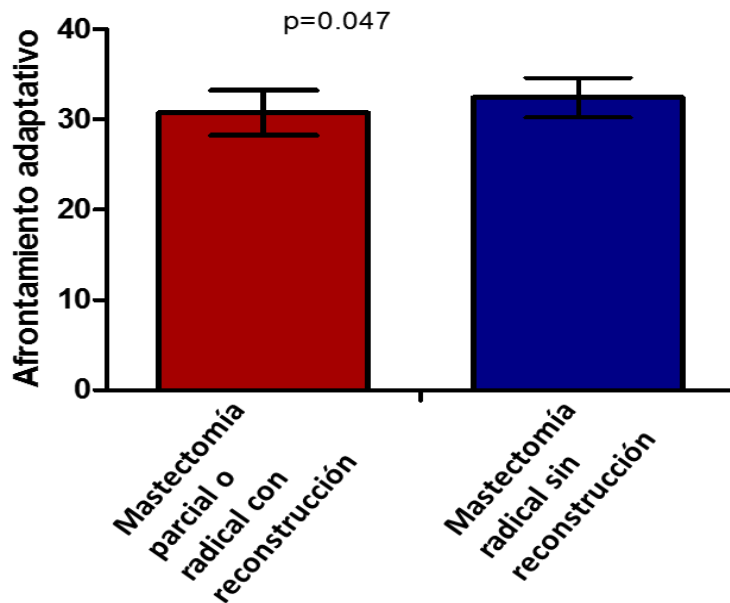


Figura 27. Se muestra Afrontamiento adaptativo del B-COPE, en función de tipo de cirugía. Se expresa en media±DS.

5.2.4.4 B- COPE y su relación con la CVRS

Se estudiaron posteriormente las correlaciones entre el B-COPE y la CVRS medida a través del FACT- B. No se encontraron correlaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, ni a nivel global ni en cada una de las sub escalas.

5.2.4.5 Discusión y análisis

El estudio apuntó a describir las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres con cáncer de mama en tratamiento, así como registrar si estas variaban en función de las características sociodemográficas y clínicas referidas a los tratamientos recibidos. Por otra parte, se buscó analizar la correlación existente entre las estrategias de afrontamiento y la CVRS.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las mujeres examinadas emplearían más de una estrategia de afrontamiento de manera simultánea, con similar frecuencia y además, podrían

combinar dichas estrategias. En este sentido, Font y Cardoso (2009) también encontraron que las pacientes con cáncer de mama utilizan más de una estrategia al mismo tiempo y que difícilmente estas se excluyen entre sí. Si bien el uso de estrategias variadas no garantiza resultados positivos, ya que el afrontamiento es un proceso independiente de sus resultados (Lazarus y Folkman, 1986), se puede afirmar que disponer de un mayor repertorio de estrategias auspicia un afrontamiento más efectivo. Según Kleinke (2007), los buenos afrontadores son personas que tienen numerosas estrategias de afrontamiento, responden al evento estresor aproximándose a ellos y los evalúan como una oportunidad de crecimiento personal.

Según los resultados obtenidos en las mujeres entrevistadas se registró un mayor uso de estrategias adaptativas por sobre las desadaptativas. Dentro de las estrategias adaptativas, aparecieron con predominio la *aceptación*, el *apoyo emocional* y el *afrontamiento activo*. Se podría decir que estas estrategias, que implican el reconocimiento de la enfermedad, la búsqueda de apoyo empático y disminución del estresor, contribuyen con la asimilación de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos. De hecho, las mujeres estudiadas se encontraban asistiendo a los centros de salud para los controles y o tratamientos indicados.

En este estudio se encontró una tendencia al uso de *estrategias centradas en la emoción* y en segundo lugar aquellas de tipo *evitativo*, donde el *humor* parecería haber sido la más frecuente. Es decir que las mujeres estudiadas tendían a aceptar la enfermedad, buscar apoyo emocional en su entorno, usar el humor como defensa y exteriorizar las emociones negativas. En segundo lugar apelaban a la *desvinculación comportamental*, la *religión*, el *uso de sustancias*. Similares resultados hallaron Becerra y Otero (2013) en los estudios realizados con una muestra de mujeres con cáncer de mama en tratamientos oncoespecíficos ambulatorios. También Mignorance et. al. (2019) encontró que las mujeres con cáncer de mama utilizan la aceptación y el humor, desarrollando un afrontamiento activo.

En este estudio no se encontraron relaciones significativas en el uso de *estrategias de afrontamiento* y *variables sociodemográficas* tal como De Haro, et. al. (2014) hallaron con

respecto a la edad y la escolaridad. Las únicas variables sociodemográficas que mostraron estadísticamente relación significativa con las estrategias de afrontamiento fue el *vivir sola* o *acompañada* y la *religión* (creyente o no creyente). Las estrategias tales como la *planificación*, el *afrontamiento activo* y la *expresión emocional* parecen ser usadas de forma más frecuente en aquellas mujeres que viven solas en comparación con quienes viven acompañadas. El vivir sola podría ocasionar una sobre-exigencia en el afrontamiento de la enfermedad y llevar a desarrollar conductas proactivas referidas a la planificación diaria, la organización con respecto a su cuidado, así como a la búsqueda de apoyos sociales con los cuales poder exteriorizar las emociones.

El uso de la religión como estrategia de afrontamiento apareció de modo más frecuente en la población que se definía como creyente. Las mujeres creyentes hicieron un uso menor de la aceptación como estrategia y apelaron con mayor frecuencia a *estrategias de afrontamiento evitativas* y *evitativas religiosas*. En síntesis, las mujeres creyentes puntuaron más alto en el uso de *estrategias desadaptativas* y *evitativas religiosas*, que las no creyentes. Estos resultados se relacionan con los encontrados por Jucá, Cândido, Lavinás, Moreira y Carvalho (2013), quienes hallaron que el uso de la religión aparece como estrategia utilizada por el 52 % de las mujeres que reportan altos niveles de estrés.

En la bibliografía sistematizada se registraron asociaciones entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida (Mera y Ortiz, 2012). Sin embargo, en este estudio no se encontraron estadísticamente relaciones significativas entre los tipos de estrategias de afrontamiento y CVRS. Pero si se tiene en cuenta que la CVRS ha sido buena para la media de la población, se podría afirmar que el uso de las estrategias referidas contribuye con la CVRS.

En ese sentido, se podría afirmar que las estrategias ubicadas en el eje centradas en el problema y apoyo social (*afrontamiento activo*, *apoyo emocional*, *reinterpretación positiva*, *planificación*) que aparecieron con un uso frecuente en la muestra, contribuyen a la CVRS. Esta relación significativa entre afrontamiento activo, apoyo social y calidad de vida ha sido tam-

bién encontrada en los estudios de Carver, et. al. (1993); Mera y Ortiz (2012), Martins, Crespo y Canavarro, (2012); Jucá, Cândido, Lavinás, et. al. (2013) y Moreno y Kern de Castro (2017).

En el estudio realizado se encontró que las estrategias de afrontamiento que tienden a la *desvinculación comportamental* aparecieron con mayor frecuencia en las mujeres que habían finalizado los tratamientos oncoespecíficos, como modo de distanciarse del estresor. Así también se registró que las mujeres que se encontraban en tratamientos de hormono e inmunoterapia o que habían finalizado los tratamientos, utilizaban con mayor frecuencia la *aceptación* que aquellas que se encontraban en quimioterapia, radioterapia o postcirugía. Seguramente estos tratamientos oncoespecíficos, al generar efectos secundarios más severos, hagan más difícil el uso de la aceptación durante esa fase. Se podría suponer que al percibirse la hormonoterapia o inmunoterapia como tratamientos más inocuos, facilitan el uso de la aceptación. También el *humor* aparece como estrategia de afrontamiento utilizada de forma significativamente más frecuente por las mujeres que finalizaron los tratamientos en comparación con las que se encuentran en tratamientos oncoespecíficos. El humor es una estrategia de afrontamiento que puede ser adaptativa, defensiva, compensatoria y en exceso desadaptativa.

Al comparar el tipo de cirugía al que fueron sometidas las mujeres, se encontraron diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento. Las mujeres que fueron sometidas a lumpectomía requirieron usar menos estrategias de afrontamiento (*centradas en la emoción, en el humor, estrategias evitativas o de aceptación*) que aquellas mujeres a las que se les realizó cirugía radical, parcial o mastectomía con o sin reconstrucción. Se podría decir que la lumpectomía expone a la mujer a un menor uso de estrategias de afrontamiento, quizás porque moviliza menor carga afectiva.

Al comparar el uso de estrategias de afrontamiento entre las mujeres a las que se les realizó cirugías radicales, con o sin reconstrucción mamaria, se encontró que las mujeres con cirugía sin reconstrucción apelan a un uso mayor de estrategias de afrontamiento que van desde

las adaptativas a la exteriorización de emociones (*angustia, ansiedad, temores*) o estrategias evitativas vinculadas al *humor*. También Kershaw, Northouse, Kritpracha, et al. (2004) en sus investigaciones encontraron un mayor uso de estrategias de tipo evitativas en mujeres mastectomizadas sin reconstrucción mamaria.

Por lo tanto, las diferentes cirugías parecen impactar en la imagen corporal, activando un mayor uso de diferentes estrategias de afrontamiento; unas que facilitan la descarga emocional (*ansiedad, angustia, hostilidad*), otras que evidencian conductas reactivas contra la angustia como el *humor*.

5.3 Variables predictivas de CVRS en mujeres con cáncer de mama

Para determinar la relación que existe entre la variable dependiente CVRS y un conjunto de variables independientes se realizó un análisis de regresión múltiple. Dado que los datos que se utilizaron en esta investigación no están organizados en un mismo nivel, sino que están estructurados de manera jerárquica (variables sociodemográficas y clínicas, esquemas desadaptativos tempranos, creencias y percepción de la enfermedad, estrategias de afrontamiento) se decidió hacer un análisis de regresión lineal múltiple jerárquica. A tales efectos se elaboraron modelos de ecuaciones lineales con fines predictivos. Se tomó como variable dependiente la CVRS a nivel global. Se elaboraron 4 bloques con las variables explicativas en los cuales se colocaron: variables sociodemográficas y clínicas en un bloque, variables psicológicas tales como: EDT en un segundo bloque, estrategias de afrontamiento en un tercer bloque y Creencias y percepción de enfermedad en un cuarto bloque.

Dentro del bloque variables sociodemográficas se seleccionó para este análisis: la edad, el lugar de residencia (interior – capital), el nivel educativo, la religión y el núcleo familiar. Dentro de las variables clínicas se consideró el tipo de cirugía recibida (radical o conservadora). Los criterios para realizar esta selección se basaron en los antecedentes bibliográficos y en los

resultados de esta investigación. Según los datos de esta investigación, los diferentes tipos de tratamientos onco específicos no registran diferencias significativas en la CVRS, sin embargo los tipos de cirugía por las que pasaron las mujeres (conservadora o no) si registraron diferencias significativas en la CVRS. La valoración que hacen las mujeres con mastectomía sin reconstrucción se encontró sensiblemente descendida con respecto a los otros tipos de cirugía, de ahí que se eligió la variable cirugía para evaluar su predicción en la CVRS.

Dentro de las variables psicológicas se definieron los siguientes modos para agrupar las variables:

–para los EDT se consideraron los 5 dominios en los que se agrupan los 15 esquemas estudiados (1. Desconexión y rechazo; 2. Autonomía y desempeño deteriorados; 3. Límites inadecuados; 4. Tendencia hacia los otros; 5. Hipervigilancia e inhibición).

–los estilos de afrontamiento se agruparon de acuerdo a la caracterización en tipos de afrontamiento centrados en la emoción, centrados en el problema y evitativos.

–con respecto a la variable creencias y percepción de enfermedad se tomó el índice global de percepción de gravedad de la enfermedad.

5.3.1 Descripción general de los resultados

El análisis de regresión lineal múltiple jerárquica permitió examinar la relación predictiva entre las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas, con la calidad de vida percibida.

Se calculó el coeficiente de determinación del R^2 , la varianza en el R^2 , los coeficientes estandarizados B, y el valor de p (Tabla XXXIV). El análisis de regresión señala que las variables sociodemográficas y clínicas, así como los estilos de afrontamiento, no son predictores sobre la CVRS a nivel global. Los resultados manifiestan el rol predominante que tienen los EDT y las creencias y percepción sobre la enfermedad, para predecir la CVRS. Dentro del bloque de los dominios, el 1- Desconexión y rechazo y el 2- Autonomía y desempeño deterio-

rados, son los que presentan una asociación significativa con valor negativo. A medida que aumenta la presencia del dominio 1 y 2, la CVRS global disminuye. De la misma manera, la percepción de gravedad sobre la enfermedad (IPQ Global) presenta una asociación significativa y negativa, prediciendo la CVRS global. A medida que aumenta la percepción de gravedad de enfermedad, disminuye la CVRS.

Se realizaron diversas regresiones jerárquicas alternando el orden de los bloques. (Tabla XXXV). Se colocó primero el bloque de creencias y percepción global de la enfermedad (IPQ-R) sobre los dominios de los EDT y se observó que ambos tienen valor predictivo sobre CVRS, lo que hace pensar que las creencias y percepciones de la enfermedad influyen sobre los EDT, midiendo variables similares.

Los resultados del análisis de predicción ponen de manifiesto que tanto las creencias y percepción sobre la enfermedad como los dominios 1 y 2 de los EDT son buenos predictores de la CVRS, explicando el 60% de la varianza en la CVRS. Las estrategias de afrontamiento y las variables socio demográficas o clínicas seleccionadas no producen alteraciones significativas en la CVRS.

Tabla XXXIV

Regresión lineal múltiple jerárquica con FACT-Global como variable dependiente

| Modelo | R cuadrado | Cambio en R cuadrado | p |
|---|------------|----------------------|--------|
| 1- sociodemográficas / clínicas | 0.017 | 0.017 | 0.811 |
| 2- Dominios de EDT | 0.490 | 0.473 | 0.0001 |
| 3- Estilos de afrontamiento | 0.507 | 0.017 | 0.130 |
| 4- Creencia y percepción de enfermedad | 0.606 | 0.100 | 0.0001 |

Tabla XXXV

Regresión lineal múltiple jerárquica con FACT-Global como variable dependiente

| Modelo | VARIABLES | β | p |
|---------------|--|---------------------------|----------|
| | Edad | 0.033 | 0.685 |
| | Primaria completa | 0.056 | 0.477 |
| 1 | Departamento | 0.091 | 0.230 |
| | Religión | -0.066 | 0.383 |
| | Cirugía radical | -0.030 | 0.686 |
| | Vive sola | 0.030 | 0.702 |
| 2 | Dominio 1 | -0.453 | 0.000 |
| | Dominio 2 | -0.328 | 0.000 |
| | Dominio 3 | 0.063 | 0.377 |
| | Dominio 4 | 0.030 | 0.682 |
| | Dominio 5 | -0.090 | 0.210 |
| 3 | Afrontamiento centrado Emoción | 0.149 | 0.021 |
| | Afrontamiento centrado Problema | -0.054 | 0.392 |
| 4 | Afrontamiento Evitativo | -0.043 | 0.479 |
| | IPQ Global | -0.382 | 0.000 |

5.3.2 Discusión y análisis

En función de los resultados obtenidos se puede concluir que las variables sociodemográficas tales como la edad, el mayor o menor nivel educativo, el residir en la capital o el interior, el ser o no creyente, no tienen un valor predictivo sobre la calidad de vida durante la enfermedad.

Con respecto a las variables clínico-biológicas, la cirugía no conservadora ha sido en este estudio la que se ha valorado con mayor impacto en la CVRS (especialmente en la escala física). Aun así, esta no llega a constituirse en un factor predictor de la valoración de la calidad de vida global de la mujer.

Sin embargo, la percepción de bienestar en la calidad de vida durante la enfermedad parecería asociarse con el papel que juegan ciertas variables psicológicas. El estudio de regresión lineal múltiple jerárquica reafirma los resultados obtenidos de correlaciones moderadas e inversas con los esquemas del dominio 1: Desconexión y rechazo (*abandono, desconfianza-abuso, privación emocional, imperfección-vergüenza y aislamiento social*) y 2: Autonomía y desempeño deteriorado (*dependencia-incompetencia, vulnerabilidad al daño o enfermedad, apego-identidad no desarrollada y fracaso*).

La percepción de bienestar durante la enfermedad y los tratamientos se deteriora sensiblemente cuanto más se activan necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación. Estas necesidades ponen en acción esquemas en los que prevalecen sentimientos de inseguridad, desconfianza y temores al abandono. Al activarse los esquemas de privación emocional, abandono, desconfianza, aislamiento social y vergüenza, se ve afectado negativamente el bienestar.

En menor medida, pero con un valor significativo también, se encontró que la percepción de bienestar es sensible a la activación de temores a situaciones de fracaso, la pérdida en la autonomía y la competencia. Al activarse estos esquemas del dominio 2, interfieren con la percepción de autonomía y la capacidad para funcionar independientemente, ocasionando actitudes de baja confianza en las habilidades para afrontar las situaciones. La valoración del bienestar se asocia a los temores a la dependencia, la pérdida de autonomía, de confianza en sí mismo y, por consiguiente, a la activación de esquemas de vulnerabilidad al daño y la enfermedad

Es probable que durante la enfermedad se incremente la percepción de vulnerabilidad, de fracaso, de dependencia, y aumenten los requerimientos de apoyo emocional y los temores a ser lastimado. Estos esquemas dificultan el establecimiento de vínculos de apego, seguros y confiables durante el tratamiento y parecen tener un papel predominante en la predicción del deterioro en la calidad de vida.

Por otra parte, también se encontró que las creencias y percepciones sobre la enfermedad tienen valor predictivo en la valoración del bienestar percibido. Cuanto más amenazante y grave es percibida la enfermedad, más se ve afectada la valoración de la CVRS registrándose un deterioro en ella. Éstos resultados son coincidentes con los obtenidos por Giraldo-Mora y Arangano (2009), Rozema, Vollnik y Lechner, (2009) y Gercovich, et. al (2012) quienes también reportan una asociación entre percepción y creencias sobre la enfermedad y la CVRS.

Las creencias y percepciones sobre la enfermedad activan necesidades y pautas de respuestas cognitivas, emocionales, relacionales (esquemas de funcionamiento) que permiten mayor o menor ajuste y percepción global de bienestar. Se entiende que las creencias y percepciones forman parte de los esquemas desadaptativos tempranos y ambos son predictivos de la calidad de vida relacionada con la salud.

En síntesis, se podría decir que las mujeres con una percepción amenazante de la enfermedad tienden a activar en mayor medida pautas de funcionamiento caracterizadas por la desconexión emocional, el aislamiento y la vergüenza. En segundo lugar se activan pautas caracterizadas por la dependencia, la pérdida de autonomía y la confianza en sí mismas que adquieren valor predictivo de deterioro sobre la calidad de vida.

Estos resultados manifiestan que al actuar sobre las creencias y percepciones que tienen las mujeres sobre la enfermedad, así como sobre los esquemas desadaptativos que se ponen en acción, se podría incidir en la calidad de vida por encima de las estrategias de afrontamiento, los aspectos sociodemográficos o clínicos de la enfermedad.

5.4 Discusión de Resultados Generales

En este apartado se discuten los resultados de la investigación. Se ponen a dialogar los hallazgos de cada una de las escalas utilizadas, organizándose dicha discusión en dos secciones. Una referida a la caracterización de las mujeres con cáncer de mama, donde se describen las

variables sociodemográficas y psicológicas en función de los diferentes tratamientos oncoespecíficos. La otra aborda la asociación encontrada entre las variables psicológicas, clínicas, sociodemográficas y la CVRS; aquí también se trata el valor predictivo de estas variables sobre la CVRS. De ese modo, se tratan los objetivos formulados para la investigación.

5.4.1 Caracterización de la muestra a nivel sociodemográfico y psicológico en función de los tratamientos oncoespecíficos recibidos

La muestra estudiada se compone de mujeres con una edad promedio de 58 años, abarcando desde los 32 a los 89 años. La mayoría de las mujeres se encuentran casadas y, en menor proporción, divorciadas. La gran mayoría han tenido hijos y conviven con familiares. La mitad de ellas reside en el interior del país y la otra en la capital. En cuanto al nivel educativo, la mayor parte tiene solamente culminados estudios primarios y solo una menor parte accedió a estudios secundarios incompletos. Al momento del estudio, la mayor parte de las mujeres se encuentra inactiva a nivel laboral y se define a nivel religioso como creyente, aunque no practicante. La mitad de las mujeres refiere haber consultado a psicólogos en algún momento de sus vidas y solo el 29 % inició tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a partir de la enfermedad oncológica, estando en tratamiento psicofarmacológico. El 5.9 % de esta muestra refiere haber tenido algún IAE en su historia vital.

Al momento de recabar los datos, el 37.6 % se encontraba en tratamiento de quimioterapia y el 31.7 % en tratamientos de hormono e inmunoterapia. Si bien cuando se plantea la entrevista solamente el 14.1 % de las mujeres se encontraba en control por cirugía reciente, el 95.6 % en algún momento había sido intervenida quirúrgicamente. De ellas, la mayoría tiene conservada la mama (lumpectomía, mastectomía parcial), aunque un porcentaje muy bajo (7.9 %) se realizó reconstrucción mamaria.

A partir del estudio realizado se registraron algunas características diferenciales en las pautas de funcionamiento psicológicas de las mujeres durante los tratamientos y según el tratamiento oncoespecífico que estaban recibiendo. El diagnóstico de cáncer de mama opera como evento disruptivo y los tratamientos generan un entorno también disruptivo. En esas circunstancias, la gran mayoría de las mujeres tienden a elaborar alguna hipótesis explicativa de la enfermedad. El 80 % de las pacientes dan explicaciones referidas a causas psicológicas y luego ubican causas biológicas (32.8 %), si bien la gran mayoría de ellas refiere tener antecedentes familiares en primer y segundo grado de parentesco. En porcentajes similares ubican las atribuciones causales a los hábitos (15.4 %) y el destino (14 %), luego las lesiones (8.9 %) y por último, la incidencia de productos químicos o ambientales y la falta de recursos sanitarios o económicos. Por lo tanto, se registra una tendencia a explicar el cáncer a partir de la historia biográfica, en conexión con situaciones de duelo, estrés o violencia sostenida relativa a conflictos familiares. Las mujeres refieren como causantes del cáncer a situaciones que les han ocasionado una profunda tristeza, tensión o violencia persistente, considerando que estas han oficiado como desencadenantes de la enfermedad. Se recoge en las respuestas parte del imaginario social que circula en la cinematografía y en la literatura, dando cuenta a su vez de una concepción integral de la salud física-emocional-social. Por otra parte, parecería que las mujeres elaboran un supuesto relacionado con el haber transitado situaciones que produjeron niveles de vulnerabilidad interna, que llevaron a desatenderse en función de las situaciones vividas. En ese sentido, el diagnóstico de cáncer aparece como un evento disruptivo más, junto con otros, en la biografía de la mayoría de las pacientes.

Por otra parte, la mitad de las respuestas referidas a las atribuciones causales se ubican en factores tales como lo biológico, el destino, las lesiones, los productos químicos o ambientales; vale decir, factores ajenos a la posibilidad de incidencia personal. Un porcentaje menor de mujeres toma en consideración los hábitos (trabajo pesado, mala alimentación, pocas horas de sueño, exceso en el consumo de tabaco y alcohol) como prácticas decisivas en la conforma-

ción de la enfermedad. La no implicación en el proceso de enfermar puede llegar a constituirse en un factor de riesgo con respecto a las conductas de autocuidado. A su vez, plantea la interrogante sobre el lugar que ocupa en las mujeres el examen periódico de mama. De hecho, se registraron muy pocos casos que atribuyen la enfermedad a la falta de conductas de control preventivo, dando cuenta que no es una práctica incorporada por estas mujeres en su vida cotidiana. Estos datos coinciden con los registros de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC, 2019) que muestran, a pesar de las políticas preventivas instaladas, la persistencia de una detección tardía del cáncer de mama en nuestro país.

El estudio indica que la mayoría de las mujeres que se encuentran en tratamiento refieren una baja percepción de severidad con respecto a la enfermedad. Al mismo tiempo, manifiestan tener una buena comprensión de esta, percibiendo que los tratamientos contribuyen con la salud y permiten controlar la enfermedad. Esa percepción de control es mayor cuanto más elevado es el nivel educativo formal alcanzado por las mujeres, lo cual lleva a depositar mayor confiabilidad en el equipo asistencial.

Según los resultados obtenidos las mujeres entrevistadas registraron un mayor uso de estrategias adaptativas por sobre las desadaptativas. Sin embargo, cuando se comparan las mujeres creyentes y no creyentes, se observa que las creyentes tienden al usar más estrategias desadaptativas de afrontamiento de tipo religioso y evitativo.

Si bien se registró en toda la muestra un uso muy variado de estrategias de afrontamiento, las de mayor frecuencia fueron la aceptación, la búsqueda de apoyo emocional y el afrontamiento activo. Se podría decir que las mujeres reconocen la enfermedad, buscan apoyo empático e intentan disminuir el impacto que tiene el evento disruptivo sobre su vida tomando actitudes proactivas. Este tipo de afrontamientos contribuyen con la asimilación de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos. De hecho, las mujeres estudiadas se encontraban asistiendo a los centros de salud para controles y/o tratamientos indicados. Se observó que especialmente aquellas mujeres que vivían solas tendían a utilizar más estrategias de búsqueda de apoyo so-

cial tales como la planificación, el afrontamiento activo y la expresión emocional, en comparación con quienes vivían acompañadas.

Las mujeres que se encontraban en tratamiento mostraron hacer un uso frecuente de ciertos EDT tales como el de *Autosacrificio* y *Metas inalcanzables*. El esquema de Autosacrificio hace que las mujeres tiendan a no expresar libremente sus necesidades y emociones, postergándolas en función de las necesidades de los demás, generando una actitud complaciente en la búsqueda de aprobación o evitación de conflictos. De esta forma, se evidencia una tendencia a renunciar a los propios requerimientos con el fin de evitar el sufrimiento a los otros. Las mujeres con cáncer de mama tienden a demostrar excesiva capacidad de comprensión hacia los demás, controlar las emociones negativas e inhibir la exteriorización emocional. Quizás esta tendencia a ser complaciente e inhibir las emociones se vincule con el predominio del uso de estrategias de aceptación, con el percibir la enfermedad como poco amenazante, la comprensión sobre la enfermedad y los tratamientos, así como con el uso de representaciones de tipo cognitivas para caracterizar lo que les está sucediendo. Este tipo de elaboraciones se relacionan con la activación de los esquemas del *Dominio 4*: «tendencia hacia los demás», que promueven el manejo racional de las situaciones.

Por otra parte, también se registró que las mujeres en tratamiento hacen un uso frecuente del esquema de *metas inalcanzables*. Se podría suponer que este esquema se activa en respuesta a las exigencias que se plantean las pacientes para superar la enfermedad percibida como un desafío. Es común en el discurso médico el uso de metáforas bélicas para referirse al tratamiento del cáncer: «atacar», «combatir», «invadir», entre otras. Esto se ha impregnado en el imaginario social donde circula que ante el cáncer hay que desarrollar una actitud de lucha. Probablemente desde esa perspectiva los pacientes sientan que deben trazarse metas con estándares elevados de esfuerzo para afrontar los tratamientos y sentimientos de presión hacia sí mismo y los demás.

Sin embargo, parecería contradictorio el uso de este esquema con la percepción de bajo nivel de amenaza con respecto a la enfermedad.

Muy posiblemente las mujeres, durante los tratamientos, minimizan la percepción de gravedad como forma de contrarrestar los efectos y sostener la adhesión a los tratamientos con el mayor bienestar posible.

Otros de los EDT muy frecuentes en las mujeres durante los tratamientos son aquellos pertenecientes al *Dominio 1*: «Desconexión y rechazo», que reúne los EDT de *Abandono*, *Desconfianza*, *Deprivación emocional*, *Vergüenza* y *Aislamiento social*. El entorno disruptivo ocasionado por el diagnóstico y los tratamientos promueven un estado de inseguridad, de incertidumbre y de dependencia para con el equipo asistencial. Se hacen presentes esquemas que parecen activar necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación. Estos esquemas llevan a interpretar los sucesos vividos con desconfianza, con temores a no ser bien cuidado, atendido o incluso abandonado.

En este estudio se encontró que las mujeres con menor nivel educativo formal activan con mayor frecuencia EDT de dependencia, inhibición emocional y fracaso, demostrando mayor percepción de vulnerabilidad ante la situación de enfermedad y por lo tanto menor control. Parecería que el nivel educativo oficia como protector de la activación de estos esquemas.

Las mujeres que finalizaron los tratamientos oncoespecíficos realizan una valoración del proceso oncológico de mayor gravedad que aquellas que se encuentran en tratamiento. El valor asignado a la enfermedad (identidad) es percibido con mayor severidad; así también aquellas que finalizaron los tratamientos y se encuentran en condiciones de reconstruir el proceso refieren una mayor percepción de duración de la enfermedad. Las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento oncoespecífico parecería que centran su preocupación en la situación inmediata, restándole valor a lo que están viviendo. Manifiestan la creencia que las consecuencias son mayores a largo plazo que al momento del tratamiento. Esto permite entender la contradicción planteada en relación al predominio del esquema de *metas inalcanzables* y la

baja percepción de gravedad que refieren sobre la enfermedad, así como la del *elevado control* sobre la enfermedad y los tratamientos.

También se encontró que las mujeres que finalizaron los tratamientos oncoespecíficos usan esquemas de *sometimiento* con menor frecuencia que las que están en tratamiento, seguramente en tanto ya no requieren este tipo de esquemas para transitar por los tratamientos. Por otra parte, estas apelan con mayor frecuencia a esquemas de *sobrevaloración*, lo que denota la presencia de una imagen de autonomía, de grandiosidad, consistente con la percepción de desafío y combate a la que se aludía a través del esquema de *metas inalcanzables* para las mujeres en tratamiento. A su vez, las mujeres que finalizaron los tratamientos utilizan más el esquema de *aislamiento social* que las que están en tratamiento. Se podría suponer que estas se encuentran en una fase en la que el equipo asistencial se retira o la red de soporte familiar-social deja de estar tan presente como durante los tratamientos. El estar más solas en un momento de reorganización vital puede llevar a incentivar la percepción de no encajar en ningún grupo, sentirse diferente, por lo cual adoptan actitudes de ubicarse en la periferia o evitar los grupos, sentimientos de soledad o sentirse diferentes a los demás.

En la fase libre de enfermedad parecen predominar también otro tipo de estrategias de afrontamiento tales como la desvinculación comportamental, como modo de distanciarse del evento disruptivo, y apelan más al humor como defensa. El *humor* aparece como estrategia de afrontamiento utilizada de forma significativamente más frecuente por las mujeres que finalizaron los tratamientos, en comparación con las que se encuentran en tratamientos oncoespecíficos. El humor es una estrategia de afrontamiento que puede ser adaptativa, defensiva, compensatoria y en exceso desadaptativa.

Con respecto al funcionamiento psicológico en los diferentes tratamientos oncoespecíficos, se encontró que durante la quimioterapia la representación que elaboran las mujeres sobre la enfermedad tiene mayores atributos de tipo emocional, en contraste con las representaciones de tipo cognitivos prevalentes en el resto de los tratamientos. La racionalización parece no

ser efectiva ante la quimioterapia, que genera efectos secundarios tan importantes. Ante este tipo de tratamiento aparecen representaciones de tipo emocional que denotan la afectación que produce. Durante la quimioterapia y también durante la cirugía, el EDT más utilizado es la *sobrevaloración*. Durante estos tratamientos las mujeres requieren elevar el sentido de la propia autovaloración para sobrellevar las situaciones críticas a las que se ven enfrentadas, ya sea por los efectos secundarios de la quimioterapia, por las marcas que generan ambos tratamientos en el cuerpo (asimetría, amputación, alopecia, etcétera) y el impacto en la imagen corporal.

Sin embargo, la cirugía parecería ser el tipo de tratamiento oncoespecífico que ocasiona mayores impactos psicológicos a largo plazo. Se observó que las mujeres con cirugía sin reconstrucción mamaria tendían a utilizar de modo más frecuente EDT de *Aislamiento*, *Sometimiento* y *Sobrevaloración*, EDT del Dominio 3 (*Límites inadecuados*) y del Dominio 4 (*Tendencia hacia los demás*). Por lo tanto, parecería que la cirugía sin reconstrucción impacta en la imagen corporal, pudiendo generar la activación de esquemas que llevan al repliegue, el aislamiento social, el sometimiento y la desvalorización, como otros modos de funcionar ubicados en el polo opuesto: la sobrevaloración. Se podría decir que las pautas de funcionamiento en las mujeres con cirugía sin reconstrucción mamaria oscilan entre el registro de la omnipotencia y el registro de una baja autoestima y reconocimiento de sí.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, también se observó que las mujeres con cirugía sin reconstrucción apelan a un uso mayor de estrategias relacionadas con la *exteriorización de emociones* (facilitando la descarga de angustia, ansiedad, temores) o estrategias evitativas reactivas contra la angustia vinculadas al *humor* como mecanismo compensatorio o reactivo a la situación disruptiva. Las mujeres con mastectomía y reconstrucción mamaria parece que apelan más a afrontamientos evitativos vinculados a la *religión*. Este tipo de estrategias es consecuente con la mayor preocupación por la enfermedad registrada en estas mismas mujeres.

Las mujeres en tratamientos de hormono e inmunoterapia y de radioterapia tienden a funcionar de modo similar a las mujeres que habían finalizado los tratamientos oncoespecíficos. Si bien la *aceptación* fue una estrategia utilizada por todas las mujeres, esta resultó más significativa en las mujeres que se encontraban en hormono e inmunoterapia o finalizando los tratamientos oncoespecíficos. Seguramente tratamientos como la quimioterapia, cirugía o radioterapia, al generar efectos secundarios más importantes, hagan más difícil el uso de la aceptación durante esa fase. Se podría suponer que al percibirse la hormonoterapia o inmunoterapia como tratamientos más inocuos, facilitan el uso de la aceptación.

En síntesis, se puede afirmar que los diferentes tratamientos oncoespecíficos inciden en las creencias y percepciones con respecto a la enfermedad (duración, preocupación, identidad, representación emocional), así como en los EDT y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Sin embargo, es fundamentalmente la cirugía (con o sin reconstrucción) el tratamiento que genera diferencias significativas en el uso de patrones de funcionamiento psicológicos.

5.4.2 Asociación entre CVRS y variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas: valores predictivos

La valoración que realizan las mujeres con cáncer de mama en tratamiento sobre la CVRS a nivel global es buena, ubicándose por encima de la media de la escala. Se podría decir que la enfermedad y los tratamientos no son percibidos como generadores de limitaciones que se distancian en relación con las expectativas y las valoraciones que realizan sobre el bienestar.

Esta valoración del bienestar podría estar relacionada con varios aspectos que se describen a continuación. Por un lado, con la edad promedio de la muestra con la que se trabajó. Según otros estudios publicados, la expectativa de bienestar en las mujeres de más de 50 años plantea menores exigencias en relación con las más jóvenes (Sánchez, Sierra-Matamorosa y López-Daza, 2012). Por lo tanto, podría sostenerse que en las mujeres de la muestra, cuya me-

dia de edad fue de 58 años, la valoración del bienestar se podría asociar a expectativas no tan exigentes.

Al mismo tiempo, esta percepción de bienestar puede estar relacionada con las variables psicológicas estudiadas en el apartado anterior, tales como: las estrategias de afrontamiento empleadas, la baja percepción de gravedad, la buena comprensión y percepción de control sobre la enfermedad y los tratamientos.

En este estudio no se encontraron estadísticamente relaciones significativas entre los tipos de estrategias de afrontamiento y la CVRS. Por lo tanto, se podría afirmar que el uso de estrategias adaptativas, de aceptación, de aquellas ubicadas en el eje centradas en las emociones, así como las localizadas en el eje centradas en el problema y apoyo social (afrontamiento activo, apoyo emocional, reinterpretación positiva, planificación), contribuyen con la percepción de una buena CVRS.

Sin embargo, se encontró que las creencias y atribuciones que elaboran las mujeres sobre el cáncer influyen en la valoración de la CVRS, de forma moderada. Cuanto más amenazante es percibida la enfermedad, menor es la valoración de la CVRS. Las mujeres que tienen una percepción de síntomas a nivel físico, social y emocional (ansiedad y angustia) ocasionadas por la enfermedad, de mayor compromiso, valoran mayor deterioro en su CVRS a nivel global.

Otro de los elementos que se asocia claramente incidiendo en la valoración de la CVRS es la percepción de control sobre los tratamientos, la enfermedad y la comprensión de la situación. Cuando las mujeres tienen una mayor percepción de control y comprensión sobre la enfermedad, perciben a su vez mayor conformidad con su calidad de vida a nivel global.

Con respecto al uso de los EDT, se registró que estos inciden de modo significativo en la percepción que las mujeres tienen de su CVRS. La percepción global de la CVRS se deteriora cuanto más activos se encuentren los esquemas que se asocian a temores referidos a no recibir un adecuado apoyo emocional (*Deprivación emocional*), a no ser lo suficientemente cuidada

(*Abandono*), a no recibir la necesaria cercanía emocional de personas significativas (*Apego*), aquellos que incrementan la percepción de riesgos inminentes e incontrolables (*Vulnerabilidad*), o las vivencias de fallas personales (*Vergüenza*) activadas por la enfermedad.

En términos generales se puede decir que cuando el entorno disruptivo del cáncer genera una desestabilización en la que se activan esquemas del dominio *Desconexión y Rechazo*, que remiten a necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado, aceptación; así como a esquemas vinculados con el deterioro en la *Autonomía* y el *Desempeño*, que remiten a la insatisfacción de la necesidad de sentirse competente, con autonomía y sentido de identidad, las mujeres perciben mayor deterioro en su calidad de vida.

Por otra parte, las mujeres que ante la situación disruptiva del cáncer apelan menos a esquemas de *Aislamiento social* logran una mejor percepción de bienestar a nivel de los vínculos familiares y sociales. Así también se puede decir que el uso de esquemas que activan afectos de vulnerabilidad al daño y temores a la dependencia por pérdida de autonomía y de confianza en sí misma, inciden deteriorando la percepción de bienestar a nivel socioemocional.

En este estudio las mujeres que se encuentran cursando diferentes tratamientos (quimioterapia, radioterapia, hormono e inmunoterapia y postcirugía), no presentan valoraciones diferentes con respecto a la CVRS. Similares resultados encontró Dapuetto et. al. (2005) en población oncológica uruguaya. Sus hallazgos muestran que las diferencias en la valoración de la CVRS aparecen a largo plazo en mujeres con cáncer de mama, sobre el bienestar físico y la función emocional. Por otra parte, plantea que estas diferencias no dependen tanto del tipo de tratamiento recibido sino del proceso del cuidado de salud y, en especial, de haber tenido la posibilidad de elegir entre distintos tratamientos y la percepción de haber sido cuidada.

Sin embargo, en este estudio, cuando se compara la valoración que hacen de la CVRS las mujeres que fueron operadas, aparecen diferencias significativas según el tipo de cirugía a mediano plazo. El 14 % de las mujeres que habían salido de la cirugía no presentaron en lo inmediato diferencias significativas en su valoración de la CVRS con respecto a las mujeres en

quimioterapia, radioterapia u hormono e inmunoterapia. Sin embargo, el 95.6 % de las pacientes en algún momento fueron sometidas a cirugía y entre los tipos de cirugía por las que pasaron si se registraron diferencias significativas en la CVRS.

Parecería que, por un lado, la CVRS, tal como lo ha encontrado Ruiz Carreño y Almansa Martínez (2012), es una variable sensible con el paso del tiempo. Por otro lado, la valoración de la CVRS que hacen las mujeres con mastectomía sin reconstrucción difiere de forma significativa y negativa con respecto a los otros tipos de cirugía. Resultados similares con respecto a la cirugía y la CV encontraron Bajuk y Reich (2011), Reich y Remor (2011) y Gargantini y Casari (2019). En todos estos estudios y en este también, se encontró que las pacientes que se sometieron a cirugía sin reconstrucción presentaron niveles de CVRS significativamente más bajos en especial en la subescala física, en comparación con las mujeres a las que se le realizó lumpectomía o mastectomía con reconstrucción. El tipo de cirugía que genera mayor afectación, ya sea por la amputación o la asimetría sobre la imagen corporal, parece incidir significativamente en la valoración del bienestar.

Se puede concluir que la calidad de vida de las mujeres en tratamientos oncoespecíficos de este estudio no guarda asociación con las variables sociodemográficas, tampoco con los tipos de tratamiento, aunque sí con el tipo de cirugía. Por su parte, Dapuetto (2016) encontró en los estudios realizados con pacientes oncológicos, utilizando el FACT-G, que la única variable biomédica relevante como determinante de la CVRS global y especialmente del bienestar físico, fue el *estadio tumoral*, variable que en este estudio no pudo registrarse fielmente por no haber podido acceder a las historias clínicas.

Sin embargo, en este estudio se encontró que la *percepción de bienestar en la calidad de vida durante la enfermedad*, parecería asociarse con el papel que juegan fundamentalmente ciertas variables psicológicas y el tipo de cirugía sin reconstrucción mamaria. En ese sentido, se encontró que las *creencias y percepciones sobre la enfermedad* tienen valor predictivo en la valoración del bienestar percibido. Como se planteaba anteriormente, cuanto más amenazante

y grave es percibida la enfermedad, cuanto más síntomas físicos, emocionales y consecuencias sociales acarrea la enfermedad, las mujeres valoran más deteriorada su CVRS.

Las creencias y percepciones que las mujeres elaboran sobre la enfermedad activan necesidades y pautas de respuestas cognitivas, emocionales, relacionales (esquemas de funcionamiento) que permiten mayor o menor ajuste y percepción global de bienestar. Se entiende que las creencias y percepciones activan los esquemas desadaptativos tempranos y ambos son predictivos de la CVRS.

Las mujeres con una percepción amenazante de la enfermedad tienden a activar pautas de funcionamiento caracterizadas por la desconexión emocional, el aislamiento, la vergüenza; u otras caracterizadas por la dependencia, la pérdida de autonomía y confianza en sí mismas. Estos patrones de funcionamiento adquieren valor predictivo sobre la calidad de vida, incidiendo en la percepción de deterioro de esta.

Estos resultados permiten pensar que al actuar sobre las creencias y percepciones que tienen las mujeres sobre la enfermedad, así como al actuar sobre los esquemas desadaptativos que se ponen en acción, se podría incidir en la calidad de vida. Estas serían las variables a tener en cuenta para las intervenciones psicooncológicas, por encima de las estrategias de afrontamiento, los aspectos sociodemográficos o clínicos de la enfermedad.

Por lo tanto, el estudio permite avalar el supuesto que las creencias sobre la enfermedad, junto con los esquemas desadaptativos tempranos, impactan en la calidad de vida. Y, por otro lado, se puede refutar la valoración realizada sobre los tratamientos oncoespecíficos y las estrategias de afrontamiento como determinantes de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

CAPÍTULO 6

Conclusiones

6. 1 Consideraciones generales

En este capítulo se plantean las conclusiones a las que se llega a partir del análisis de los resultados de la investigación, contrastándolos con los antecedentes de otras investigaciones, el estado del arte y el marco teórico.

La tesis se planteó como objetivo estudiar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama durante las diferentes etapas de su tratamiento. Se identificaron los esquemas disfuncionales tempranos prevalentes, así como se describieron las creencias y percepciones que las mujeres elaboran sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento empleadas para cada etapa del tratamiento oncoespecífico. Por otra parte, se determinaron los factores predictivos de la CVRS a los efectos de contribuir con su optimización y con la definición oportuna de estrategias de intervención psicooncológicas.

Las mujeres estudiadas tuvieron un promedio de edad de 58 años, en su mayoría se encontraban casadas, habían tenido hijos y convivían con familiares. En cuanto al nivel educativo, la mayor parte había culminado estudios primarios y solo una menor parte accedió a estudios secundarios incompletos. Al momento del estudio, la mayor parte se encontraba inactiva a nivel laboral. Se consideran a nivel religioso creyentes, aunque no practicantes. El 29 % de las mujeres inició tratamiento psicológico y o psiquiátrico a partir de la enfermedad oncológica y el 5.9 % de la muestra refiere haber tenido algún IAE en su historia vital. Con respecto a la caracterización clínica de las pacientes, el 37.6 % se encontraba en tratamiento de quimio-

terapia y el 31.7 % en tratamientos de hormono e inmunoterapia. Si bien solamente el 14.1 % de las mujeres se encontraba en control por cirugía reciente, el 95.6 % en algún momento había sido intervenida quirúrgicamente. De ellas, la mayoría tenía conservada la mama (lumpectomía, mastectomía parcial), aunque a un porcentaje muy bajo (7.9 %) se le realizó reconstrucción mamaria.

A partir del estudio realizado se concluye que el diagnóstico de cáncer de mama y los tratamientos oncoespecíficos generan un evento disruptivo, en la medida en que rompen con el equilibrio psíquico cotidiano generando cambios, incertidumbre y desconfianza (Benyakar, 2006). Tal evento disruptivo ocasiona un plus de excitación que altera una cierta homeostasis y obliga al psiquismo a un trabajo extra, para su elaboración. La enfermedad y sus tratamientos son fenómenos que tienen la potencialidad de discontinuar, desorganizar o desestructurar la vida y así conducir por un derrotero psicopatológico, generando un destino obstructivo. Pero también puede desestabilizar o desregular la relación entre representación y afecto, provocando vivencias de estrés u ominosas que pueden devenir en un desarrollo resiliente. De otra forma, cuando el diagnóstico y los tratamientos se perciben como elementos ajenos e impuestos, el psiquismo debe realizar un trabajo de metabolización para su incorporación y procesamiento, generando un destino elaborativo; de lo contrario se podrían generar algún tipo de vivencias traumáticas que afectan la salud mental (Maroño, 2019).

6. 2 La CVRS de las mujeres y su asociación con el tipo de tratamiento

De la investigación se desprende que las mujeres estudiadas refirieron en su gran mayoría una percepción de bienestar en su calidad de vida durante los diferentes tratamientos oncoespecíficos.

Esta valoración de bienestar podría estar relacionada, por un lado, con la edad promedio de la muestra con la que se trabajó (58 años), en tanto otros estudios (Sánchez, Sierra-Matamorosa y López-Daza, 2012) plantean que la expectativa de bienestar en las mujeres de más de 50 años tiene menores exigencias en relación con las más jóvenes. Por otra parte, la percepción de bienestar parecería estar relacionada con las variables psicológicas estudiadas.

Por esto se concluye que la tramitación psíquica de los fenómenos disruptivos por parte de las mujeres se logra de forma más o menos exitosa. Se podría suponer que la mayoría de las mujeres, de acuerdo a su valoración, cuentan con un funcionamiento psíquico cuyos recursos les permiten metabolizar el impacto en el psiquismo del cáncer de mama y sus tratamientos. De hecho, un porcentaje relativamente bajo de pacientes (29 %) se encuentra en tratamiento psicológico a partir de la enfermedad, lo cual podría valorarse como indicador de malestar psicológico. Otros investigadores (Carlson, Waller y Mitchell, 2012) encontraron que el malestar psicológico se ubica en el entorno del 35 % de la población, por lo que se puede enunciar que la amplia mayoría de las mujeres parece transitar el proceso oncológico elaborando los efectos desestabilizadores que produce.

Se concluye que la CVRS no difiere significativamente entre las mujeres que se encuentran en distintos tratamientos (quimioterapia, radioterapia, hormono e inmunoterapia y postcirugía) y aquellas que lo finalizaron. Similares resultados encontró Dapuetto et. al. (2005) en población oncológica uruguaya.

Sin embargo, el tipo de cirugía se torna significativa para la CVRS en aquellas mujeres que refieren haber sido operadas y no para quienes han sido intervenidas recientemente. Esta diferencia en las respuestas en función del tiempo (inmediato a la cirugía o alejado en el tiempo) quizás remita a la incidencia que tiene el proceso de metabolización de la experiencia, generando percepciones diferenciales. El 14% de las mujeres que habían salido recientemente de la cirugía no presentaron en lo inmediato diferencias significativas en su valoración de la CVRS con respecto a las mujeres en quimioterapia, radioterapia u hormono e inmunoterapia.

Sin embargo, entre el 95.6 % de las pacientes estudiadas que en algún momento fueron sometidas a cirugía, y entre los tipos de cirugía por las que pasaron, si se registraron diferencias significativas en la CVRS. Al igual que encontraron Ruiz Carreño y Almansa Martínez (2012), la CVRS es una variable sensible con el paso del tiempo. Esto permite sostener que el procesamiento psicológico de lo disruptivo requiere de una temporalidad distinta a los tiempos que marca el cuerpo biológico y los protocolos asistenciales. Estos fenómenos disruptivos ponen a jugar mecanismos de funcionamiento como la disociación y la negación, que operan como el espectro defensivo desplegado en un primer momento, que permiten afrontar la situación. Será con el transcurrir del tiempo que puede tener lugar un proceso de metabolización de la situación de duelo oncológico.

A partir de este estudio se concluye que la valoración de la CVRS que hacen las mujeres con mastectomía sin reconstrucción difiere de forma significativa y negativa con respecto a los otros tipos de cirugía. También Bajuk y Reich (2011), Reich y Remor (2011) y Gargantini y Casari (2019) encontraron que la cirugía sin reconstrucción incide de modo significativo sobre la imagen corporal y la vida sexual, en comparación con las cirugías reconstructivas o conservadoras. Eso lleva a sostener que las pacientes que se someten a mastectomía sin reconstrucción tienen más probabilidades de percibir afectada su CVRS significativamente a largo plazo, en comparación con las mujeres a las que se les realiza lumpectomía o mastectomía con reconstrucción. La mastectomía sin reconstrucción genera mayor afectación, ya sea por la amputación o la asimetría que ocasiona sobre la imagen corporal, lo que parece incidir significativamente en la valoración del bienestar.

Seguramente la cirugía instala la huella a modo de marca corporal persistente de la experiencia disruptiva de amenaza y desestabilización de la integridad narcisista. A partir de dicha marca, las vivencias con respecto al ser mujer, madre, objeto de deseo y cuerpo erógeno exigen de una tramitación que implica articulación del evento disruptivo. Reconstruir psicológicamente la imagen corporal, luego de la cirugía mamaria oncológica, conlleva un proceso de

elaboración que parecería asociarse con una peor calidad de vida y, por lo tanto, malestar en aquellas pacientes cuya asimetría corporal y cicatriz permanece dando cuenta de la enfermedad. Tal como plantea Maroño (2019), el cuerpo requiere de un proceso de reorganización, a partir de la cirugía se vuelve extraño, desconocido, y se requiere volver a representarlo psíquicamente. Este proceso supone un tiempo de ordenamiento escópico de la imagen corporal.

6. 3 Los EDT, su relación con la CVRS y el tipo de tratamiento recibido

Este estudio ha permitido concluir que durante el desarrollo de la enfermedad intervienen factores psicológicos que inciden en la CVRS. Las mujeres en tratamiento mostraron hacer un uso frecuente de variados esquemas para afrontar la situación crítica. Entre ellos, se ubicaron con mayor frecuencia los EDT de *Autosacrificio* y *Metas inalcanzables*. Similares resultados encontró Ferrel, Peña, Gómez y Pérez (2009) en mujeres con cáncer de mama, así también Chamorro y Poclin (2016). El uso de esquemas da cuenta de la activación en situación crítica de pautas de funcionamiento que reúnen ciertas creencias incondicionales, estables y duraderas que las personas construyen acerca de sí mismas en relación con el evento disruptivo del cáncer y que guían patrones de conductas. Estos se conforman producto de la interacción entre el temperamento y las experiencias de vida disfuncionales con los cuidadores principales. El patrón de conducta del EDT de *Autosacrificio* forma parte del dominio denominado «Tendencia hacia los demás». Según Young (1990), dicho esquema se conforma a partir de sucesivas experiencias y vínculos que se generan desde las familias de origen donde predominó la tendencia a priorizar la aceptación y el estatus social por sobre las necesidades y sentimientos del niño. De esta forma, se instala un mecanismo de inhibición de la expresión de las propias necesidades y emociones. De adultas, en este caso, las mujeres plantean la tendencia a sacrificar las necesidades básicas (por ejemplo de cuidado personal), postergándolas en función de

las necesidades de los demás y haciendo foco en los otros, buscando aceptación, evitando el castigo o el sufrimiento de estos.

Pautas de funcionamiento similares a esta descripción del EDT de *Autosacrificio* fueron encontradas por otros autores utilizando diferentes referentes conceptuales teóricos y técnicos de la psicología. Investigadores de orientación cognitivista, comportamentales, describieron en población oncológica similares atributos bajo el concepto de *patrón de conducta tipo C* (Morris et al., 1981). Este ha sido caracterizado por el rígido control de la expresión de emociones como la ira, la evitación de los conflictos, la paciencia exagerada, la sobrecomplacencia y renuncia personal, la alta racionalización o la exagerada deseabilidad social. Por su parte, Temoshok, (1987) atribuye al patrón de conducta C (característico del paciente con cáncer) cualidades que conciben con las registradas en el EDT de *Autosacrificio*, tales como; la evitación de la expresión de sentimientos —en especial la agresividad y la confrontación—, el intento de controlar racionalmente la ansiedad, la necesidad de controlar el entorno, el necesitar soporte pero no aceptar ayuda de otros, el autosacrificio y la renuncia a las propias necesidades. López, Esteve, Ramírez y Anarte (1998) coincidieron en las características de este patrón referidas al control emocional, la represión emocional y la excesiva comprensión del otro. Más recientemente, Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno y López (2006) también coincidieron en que el tipo C de personalidad reúne un modo de afrontamiento caracterizado por el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas (como la ira), el disimulo, la no expresión de dichas emociones y la capacidad para comprender a los demás; incluso aunque estos actúen en contra de los intereses del sujeto. Desde otros desarrollos teóricos tales como la psicósomática psicoanalítica, descripciones de patrones similares de funcionamiento se han agrupado bajo el término de *funcionamiento sobreadaptado* o *personalidad psicósomática*. Según Liberman (1982), esta se caracteriza por la tendencia a acomodarse a las exigencias de la realidad, así como a postergar y desestimar las señales provenientes del mundo emocional y del cuerpo, a utilizar predominantemente un funcionamiento racional. Estas pau-

tas de funcionamiento Liberman (1982) las atribuye a circunstancias del desarrollo vinculadas con deficiencias en las relaciones tempranas con el cuidador, que generaron una huida hacia la adultez, adquiriendo un funcionamiento pseudomaduro. Vale decir que desde diversos marcos conceptuales se ha llegado a caracterizar atributos similares referidos al funcionamiento del paciente con cáncer, en este caso de mama.

Por otra parte, también se ha registrado en esta investigación una frecuencia interesante del uso del EDT de *metas inalcanzables*. Este esquema quizás se active en respuesta a las exigencias que se plantean las pacientes para superar la enfermedad percibida como un desafío. El esquema de *metas inalcanzables* pertenece al dominio: «Sobrevigilancia e inhibición» que reúne los esquemas que evidencian dificultades en el manejo de las necesidades de espontaneidad y juego. Las familias que dan origen a estos esquemas tienden a mostrarse rígidas, exigentes, familias en las que el deber es más importante que el placer. De adulto se genera una preocupación desmedida con respecto al *actuar de acuerdo a las reglas*. Cuando el evento disruptivo del cáncer de mama activa el esquema de *Metas inalcanzables*, las pacientes tienden a afrontar la enfermedad como un gran desafío. Las mujeres se plantean elevadas exigencias, tienden a ajustarse rígidamente a las pautas para responder a los tratamientos y las indicaciones, con el fin de evitar las críticas. Se vincula con este tipo de esquemas de funcionamiento el llamado espíritu de lucha, la actitud desafiante y combativa ante la enfermedad. Tales metáforas de lucha aportan a la construcción de una subjetividad guerrera, combativa y desafiante que da sentido a la continuidad de la vida, incrementando la autoestima y las vivencias omnipotentes. Tomando los desarrollos psicoanalíticos (Green, 1995; Allouch, 2006), estas construcciones imaginarias de un enemigo a quien atacar podrían ser parte de mecanismos disociativos entre la vida y la muerte y dan cuenta de modos de procesar el duelo.

Tanto el esquema de *Autosacrificio* como el de *Metas inalcanzables* tienen en común la disposición a la sobreadaptación, lo cual encierra un riesgo para el funcionamiento psíquico

de alteración. Corresponde pensar que tales esquemas forman parte de la personalidad y se activan ante lo disruptivo de la enfermedad.

Por otra parte, el entorno disruptivo ocasionado por el diagnóstico y los tratamientos promueve un estado de inseguridad, de incertidumbre y de dependencia. En circunstancias de desestabilización es probable que se activen necesidades de apego seguro. Circunstancias vitales inciertas que conectan con la vulnerabilidad parece que hacen reaparecer en las mujeres los temores a no ser comprendidas, queridas, aceptadas y cuidadas lo suficiente. Estas vivencias, temores y necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación activan en las mujeres el uso de esquemas tales como de *Abandono*, *Desconfianza*, *Deprivación emocional*, *Vergüenza* y *Aislamiento social*, pertenecientes al dominio: «Desconexión y rechazo». Resultados similares a la activación de estos esquemas encontraron Sahar Amini, Mahboobeh Chinaveh, Amin Allha Fazel (2015) en la investigación que llevaron a cabo.

La percepción global de la CVRS se encuentra asociada justamente a la activación de estos esquemas. Vale decir: cuanto más activos se encuentren los esquemas que se asocian a temores referidos a no recibir un adecuado apoyo emocional (*Deprivación emocional*), a no ser lo suficientemente cuidada (*Abandono*), a no recibir la necesaria cercanía emocional de personas significativas (*Apego*), o aquellos que incrementan la percepción de riesgos inminentes e incontrolables (*Vulnerabilidad*), o las vivencias de fallas personales (*Vergüenza*), más deteriorada será la percepción sobre la CVRS, en estas circunstancias.

A su vez, estos esquemas adquieren predominio en las mujeres durante los tratamientos, vale decir, ante el entorno disruptivo; sin embargo, no se hacen presentes con igual intensidad en las mujeres que finalizaron los tratamientos. Las mujeres que finalizaron los tratamientos apelan con mayor frecuencia a esquemas de sobrevaloración que denotan la presencia de una imagen de autonomía, de grandiosidad, consistente con la percepción de desafío y combate a la que se aludía a través del esquema de metas inalcanzables para las mujeres en tratamiento. Durante la quimioterapia y también durante la cirugía, la pauta de funcionamiento más utiliza-

da por las mujeres es el EDT de *sobrevaloración*. Ante la adversidad de los tratamientos emergen funcionamientos psicológicos que tienden a desafiar los efectos de estos y a compensarlos a través de pautas que demuestran fortaleza y sentimientos de superioridad, al igual que ocurre en las mujeres que finalizaron los tratamientos.

Se podría afirmar que la cirugía sin reconstrucción mamaria, a partir de los esquemas que se activan en ellas, impacta en la imagen corporal de las mujeres. Estas mujeres tienden a presentar pautas en función de las estrategias utilizadas que oscilan entre el repliegue, el aislamiento social, el sometimiento, la desvalorización y la omnipotencia o la sobrevaloración.

Así también, el estudio permite concluir que las pacientes que finalizaron los tratamientos hacen un mayor uso del aislamiento social. Es posible que al finalizar los tratamientos, con lo que dejan de frecuentar el sistema de salud, se perciban más solas. Este es también un momento en que la familia y amigos se retira del acompañamiento a los tratamientos, momento de reorganización vital, de procesamiento de los duelos transitados. Posiblemente se incentive la percepción de no encajar en ningún grupo, de sentirse diferente, más aún si pasaron por una mastectomía sin reconstrucción. Tales percepciones podrían llevarlas a adoptar actitudes periféricas o evitativas de los grupos, incrementando sentimientos de soledad o de sentirse diferentes a los demás.

El psicoanálisis aporta a la comprensión de tales fenómenos a partir de sus desarrollos sobre el proceso de duelo. Desde tales marcos referenciales es factible suponer que una vez finalizados los tratamientos oncoespecíficos sea posible un proceso de reconocimiento de las pérdidas transitadas, dando lugar a la ligazón con las emociones. Este movimiento podría colocar a la mujer en una fase melancólica del duelo, la cual se asocia a un repliegue a nivel comportamental.

6.4 Las creencias y percepciones sobre la enfermedad, su relación con la CVRS y los tratamientos recibidos

Con respecto a las percepciones en torno a la enfermedad, la mayoría de las mujeres en tratamiento manifiestan tener una baja percepción de gravedad de la enfermedad, una buena comprensión del evento y consideran que los tratamientos contribuyen con la salud, permitiendo controlar la enfermedad. Esa percepción de control se incrementa cuanto más elevado es el nivel educativo formal alcanzado por las mujeres. Se infiere que el nivel educativo permite una mejor comprensión del proceso, así como contribuye con la confianza y seguridad en el equipo asistencial.

Es posible que el aumento de la participación del paciente en los tratamientos, dado a partir de los cambios en el relacionamiento del equipo de salud con los pacientes, incremente la percepción de comprensión y control sobre el proceso de enfermedad (Santa Cruz, 2015).

En función del tratamiento recibido se han encontrado diferencias interesantes en relación a las percepciones y creencias que elaboran las mujeres sobre la enfermedad. Al respecto se encontró que las mujeres en quimioterapia refieren sobre la enfermedad mayores atributos de tipo emocional, en desmedro del uso de representaciones de tipo cognitivas, las que sí son prevalentes en las mujeres que transitan otros tratamientos. De este modo, la racionalización parece primar en todos los tratamientos salvo en la quimioterapia, ante la cual parece que no es efectiva dado los efectos secundarios tan importantes que ocasiona para la mayoría de las mujeres.

Las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento oncoespecífico le restan gravedad a la enfermedad en comparación con aquellas que los finalizaron. El valor asignado a la enfermedad (identidad), y la duración de esta, son percibidos con mayor severidad y extensión por aquellas mujeres que finalizaron los tratamientos. Se podría suponer que durante los tratamientos las mujeres centran su preocupación en la situación inmediata que están viviendo, mi-

ninizando los efectos de cada una de las etapas. Tales hallazgos son similares a los encontrados por Ruiz (2012) y Gil (2010) en sus investigaciones, quienes acuerdan que las valoraciones que realizan las mujeres sobre la enfermedad se agravan después de haber finalizado los tratamientos oncoespecíficos.

Las atribuciones, creencias y percepciones con respecto a la enfermedad han sido las variables más significativas que aportó esta investigación. Al igual que en otros estudios, las atribuciones a causas psicológicas como desencadenantes del cáncer de mama, vinculadas con situaciones de angustia por pérdidas, estrés prolongado y conflictos familiares, tienen un elevado predominio entre las mujeres estudiadas. Se puede afirmar que las mujeres tienden a atribuir al cáncer causalidades que encuentran dentro de su historia biográfica. Estas refieren a situaciones de duelo, estrés o violencia sostenida que han llevado a desatender la salud, generando un entorno de vulnerabilidad. Quizás tales creencias se activan a partir del evento disruptivo del cáncer que, tal como plantea Benyakar (2006), podría actualizar (a modo de cascada) huellas de diferentes tipos de vivencias: un vivenciar traumático (aquel que alude a fallas en la articulación), un vivenciar estresante (referido a episodios de desorganización psíquica y reorganización posterior), un vivenciar ominoso (remite a la desregulación entre la representación y el afecto), según los precedentes en la historia biográfica. Dicha historia de eventos disruptivos tempranos o tardíos podría contribuir a generar un estado de vulnerabilidad psíquica. Sin embargo, estas atribuciones a causas de orden psicológicas no se encontraron ligadas a afectos de culpabilidad o victimización como sí han encontrado otros autores (Sumalla, Ochoa, Gil, 2009). El diagnóstico de cáncer en las mujeres estudiadas aparece como un evento disruptivo más, junto con otros, en la biografía de la mayoría de las pacientes. Por otra parte, esta concatenación de eventos disruptivos en la biografía podría a su vez contribuir con la minimización que realizan de la gravedad con respecto a la enfermedad.

La variabilidad en la percepción sobre la enfermedad y las pautas de funcionamiento, entre las mujeres en tratamiento y aquellas que lo finalizaron, da lugar a diferentes interpretacio-

nes. Se puede atribuir la percepción minimizadora de gravedad como respuesta reactiva a una actitud de desafío ante situaciones inciertas y amenazantes. Por un lado se minimiza el evento, por otro se adopta un «espíritu de lucha» que encierra un transitar estoico o con gran fortaleza por la situación disruptiva. Este modo guerrero y desafiante de afrontar la adversidad empezó a formar parte del imaginario social. Se ha instalado con el valor de mandato sobre el modo apropiado para «ganarle la batalla al cáncer». Vinculado con este imaginario, otros autores también han encontrado que los pacientes justifican el dolor, el sufrimiento y el malestar durante los tratamientos como un medio para determinar el valor y la eficacia de estos (Bell, 2009). Así también Bernardi (1998) desde el psicoanálisis plantea que los pacientes ante la situación de enfermar ponen en juego mecanismos defensivos (de carácter inconscientes) tales como la regresión, la formación reactiva y o la negación. El uso de la formación reactiva permite suprimir el afecto que despierta la representación indeseable (el cáncer), transformándolo en el contrario. La negación o supresión, por su parte, permite rechazar una realidad vivenciada de modo desagradable y/o amenazante (Freud, 1985). Estos mecanismos podrían explicar la minimización de la gravedad de la enfermedad, el transitar estoico y el «espíritu de lucha» al que aludía anteriormente.

Al quitar la dimensión de gravedad al evento disruptivo se permite cierta desconexión entre la representación y el afecto, dando lugar a la inhibición de las emociones. Estos mecanismos pueden ser adaptativos siempre que se reconozca la enfermedad y se trate, y que tal supresión de emociones no genere otros síntomas. Al decir de Bernardi (1998), pueden ser considerados saludables ante el enfermar en función de la intensidad, la frecuencia, variabilidad y flexibilidad con que se utilicen. Posiblemente al finalizar los tratamientos las mujeres puedan conectarse más con las emociones y en ciertos casos recuperar, a partir de la experiencia vivida, la narrativa de lo acontecido. Son varias las investigaciones que encontraron que al finalizar los tratamientos oncoespecíficos se percibe mayor malestar que lo percibido durante estos (Bell, 2009; Gil, Costa, 2010). Se puede inferir que, de acuerdo a las posibilidades de metabo-

lización psíquica dadas a partir de un funcionamiento integrado de la personalidad, se puede dar lugar a un proceso de resignificación. Durante tal proceso es probable que se establezca una mayor ligazón de la afectividad con las representaciones de riesgo. En tal caso se daría lugar a la exteriorización emocional inhibida durante los tratamientos. Si el funcionamiento psíquico ha tenido características más desintegrativas, el evento no podrá metabolizarse, permaneciendo como huella y produciendo malestar, así como un funcionamiento desadaptativo.

Otra de las conclusiones interesantes referidas a las atribuciones causales es la poca visibilidad que adquieren para estas mujeres las conductas de autocuidado y los hábitos de prevención de la enfermedad. Estos resultados coinciden con los registros de la CHLCC (2019) donde se muestra que, a pesar de las diversas acciones políticas en torno a la prevención del cáncer de mama, persiste la detección tardía en nuestro país. El estudio evidencia que las mujeres establecen una baja asociación entre las conductas de control de mamas periódico y el diagnóstico de cáncer. Esta desconexión puede ser un elemento sustancial a considerar a los efectos de redireccionar las políticas preventivas de salud y las estrategias de educación en psicooncología. Tal como afirma Camejo, Castillo, Artégaveytia, et. al. (2018), entre un 30 % a un 40 % de las mujeres con cáncer de mama tendrían un mejor pronóstico y sobrevida si se llevara a cabo una detección temprana del diagnóstico.

6.5 Las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, su relación con la CVRS y los tratamientos recibidos

Durante el tránsito por la enfermedad, a pesar de la pérdida de la homeostasis que esta genera, la mayoría de las mujeres logran reconocer el evento disruptivo y, por lo tanto, aceptarlo; buscan apoyo empático y desarrollan actitudes proactivas con el fin de disminuir el impacto de este. Se abre un proceso de elaboración del duelo oncológico para el cual se utilizan múltiples

estrategias de afrontamiento de forma variada y flexible. Estas estrategias son de tipo adaptativas, lo que permite asimilar la enfermedad y adherir a los tratamientos.

Con respecto al uso de las estrategias de afrontamientos, también se registraron diferencias entre las mujeres que se encontraban en tratamiento con respecto a aquellas que estaban en el período libre de enfermedad. Estas últimas tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de desvinculación comportamental como modo de distanciarse del evento disruptivo y recurren más al humor como defensa. Ambas estrategias aluden a mecanismos de distensión, por lo cual es de suponer que la enfermedad y los tratamientos ocasionan vivencias estresantes, sobreexigentes, generando renuncias, inhibiciones emocionales y exacerbación del control.

El estudio también permite concluir que las mujeres a las que se les realizó cirugía sin reconstrucción recurren con mayor frecuencia al uso de estrategias, ya sea relacionadas con la exteriorización de emociones (facilitando la descarga de angustia, ansiedad, temores) o estrategias evitativas reactivas a la angustia. Nuevamente la cirugía sin reconstrucción se asocia con mayor malestar; habrá quienes por su funcionamiento psíquico logran exteriorizarlo y otras mujeres que apelan a recursos negadores, evitativos, dando cuenta de mayores dificultades para la metabolización del evento disruptivo y el duelo oncológico.

6.6 Variables predictivas de la CVRS en mujeres con cáncer de mama

A partir del estudio se puede concluir que la calidad de vida de las mujeres en tratamientos oncoespecíficos no guarda asociación con las variables sociodemográficas y tampoco con los tipos de tratamiento. El estudio tiene la fortaleza de analizar la interacción de diversas variables sobre la calidad de vida (psicológicas, biomédicas y sociodemográficas). Se concluye que son las creencias y percepciones, así como los esquemas desadaptativos tempranos, aquellas

variables que se asocian de modo predictivo sobre de la calidad de vida relacionada con la salud.

Las variables sociodemográficas tales como la edad, el mayor o menor nivel educativo, el residir en la capital o el interior, el ser o no creyente, no tienen un valor predictivo sobre la calidad de vida durante la enfermedad y los tratamientos.

Por otra parte, también se encontró que las variables clínico-biológicas, aún la cirugía en aquellas mujeres que acaban de ser operadas, no llegan a constituir un factor predictivo de la valoración de la calidad de vida global de la mujer. Sin embargo, se detecta que a largo plazo el tipo de cirugía incide sobre la CVRS; especialmente la mastectomía sin reconstrucción afecta en detrimento de la CVRS. Tal como se planteó anteriormente, esta repercute en el procesamiento del duelo oncológico en tanto la amputación marca la gravedad de la enfermedad, altera la imagen corporal y seguramente repercute en la identidad y la femineidad, así como en la vida de pareja y social.

Las creencias y percepciones sobre la enfermedad tienen valor predictivo en la valoración del bienestar percibido. Como se planteaba anteriormente, cuanto más amenazante y grave es percibida la enfermedad, cuanto mayor es la percepción de síntomas físicos, emocionales y las consecuencias sociales que esta acarrea, las mujeres perciben mayor deterioro en su CVRS. Varias son las investigaciones que anteceden este estudio (Rozema, 2009; Mc. Corry, 2013; Kern, 2016) que también encontraron que el *locus control*, es una variable predictiva de la CVRS.

Por consiguiente, se concluye que las creencias y percepciones sobre la enfermedad activan necesidades y pautas de respuestas cognitivas, emocionales, relacionales (vale decir: esquemas de funcionamiento) que permiten mayor o menor ajuste y percepción global de bienestar. Se entiende que las creencias y percepciones forman parte de los esquemas desadaptativos tempranos y ambos son predictivos de la calidad de vida relacionada con la salud. Las mujeres con una percepción amenazante de la enfermedad tienden a activar pautas de funcio-

namiento caracterizadas por la desconexión emocional, el aislamiento, la vergüenza, la dependencia, la pérdida de autonomía y de la confianza en sí mismas, que adquieren valor predictivo de deterioro sobre la calidad de vida.

En síntesis, se podría afirmar que las creencias y percepciones sobre la enfermedad, así como las pautas de funcionamiento prevalentes (los EDT), son las variables que inciden en la CVRS, y, por lo tanto, en la posibilidad de elaborar el evento disruptivo (el cáncer de mama), activando un proceso de metabolización que permita pasar de la vulnerabilidad a la resiliencia.

Por consiguiente, al actuar sobre las creencias y percepciones que tienen las mujeres sobre la enfermedad, así como sobre los esquemas desadaptativos que se ponen en acción durante los tratamientos oncológicos, se podría incidir en la calidad de vida por encima de las estrategias de afrontamiento, los aspectos sociodemográficos o clínicos de la enfermedad.

6.7 Reflexiones finales

A partir de estas conclusiones se abren nuevas reflexiones e interrogantes. Se podría plantear que la situación de enfermedad y los tratamientos oncoespecíficos, ambos se ubican como un evento (diagnóstico) y un entorno (tratamientos) disruptivos que desestabilizan la integridad, generando incertidumbre. A partir de este contexto se activan creencias y percepciones, a la vez que esquemas desadaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento que permiten a las mujeres afrontar el entorno disruptivo en el que se encuentran. En general, las mujeres tienden a reconocer y aceptar la enfermedad, manifiestan comprensión de la situación, utilizan mecanismos que les permite minimizar la gravedad de esta, inhiben las emociones, postergan sus requerimientos, emplean una actitud de sobre adaptación, de lucha y desafío, tienden a percibir cierto control sobre la enfermedad y a confiar en el equipo asistencial. Aún ante tratamientos invasivos como la quimioterapia, muchas mujeres tienden a manifestar un funcionamiento

psíquico de sobrevaloración que les permite sobrellevar los efectos secundarios y disminuir el malestar. De ese modo, en general transitan la enfermedad de un modo adaptativo, manifestando vivenciarla con buena calidad de vida.

Algunas de las variables psicológicas estudiadas inciden significativamente en la CVRS, tales como las creencias y percepciones como los esquemas desadaptativos tempranos que se activen en el curso de la enfermedad.

Esta valoración en relación a la CVRS se ve deteriorada en aquellas mujeres en las que la enfermedad, por su condición de vulnerabilidad, activa necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación.

Una vez finalizados los tratamientos oncoespecíficos, parecerían presentarse mayores niveles de malestar, lo cual podría vincularse con el proceso de metabolización de la experiencia. En estas circunstancias, a partir del estudio se evidencia que las mujeres tienden, una vez finalizado los tratamientos, a exteriorizar más los afectos. A partir de allí parecería que (en función de las condiciones psíquicas previas) pueden generarse al menos dos modalidades de funcionamiento. En algunas se presenta una actitud de sobrevaloración y omnipotencia ante la «batalla ganada» (el cáncer), en otras aparece una actitud de repliegue, aislamiento, vivencias de desvalorización, generando mayor malestar que durante el tratamiento. Posiblemente una vez que finalizan los tratamientos oncoespecíficos se dé lugar a un proceso de ligazón de las emociones con las representaciones de la experiencia vivida, proceso que podría asociarse a malestar emocional. Si ese proceso sigue su curso, se irá elaborando el duelo oncológico, con lo cual se podría salir de la vivencia estresante (desorganizativa), ominosa (desreguladora) o traumática (desarticuladora). Incluso podría generarse una situación de resiliencia, o crecimiento.

La percepción de una peor CVRS por parte de las mujeres que han finalizado los tratamientos oncoespecíficos podría vincularse, o bien con la fase melancólica del duelo (tal como la ha planteado el psicoanálisis desde Freud), relacionada con el reconocimiento de la pérdida,

o con la caída de la negación, lo cual permite contactar mejor con la realidad, dando lugar a afectos más depresivos. Pero quizás incidan en ese malestar otros fenómenos tales como que, una vez finalizados los tratamientos oncoespecíficos, se podría incrementar el aislamiento social, con el distanciamiento de los servicios de salud y la disminución del acompañamiento familiar-social característico de esta fase, o el temor a la recidiva («la espada de Damocles»).

El estudio da cuenta que gran parte de las mujeres durante los tratamientos minimizan la percepción de gravedad como forma de contrarrestar los efectos y sostener la adhesión a los tratamientos con el mayor bienestar posible. En estos momentos del duelo en el que se debate entre la vida y la muerte se puede desarrollar un combate ante lo negativo, que más que ausencia es presencia thanática. En estas circunstancias, seguramente cuando se recurre al clivaje como mecanismo inconsciente, se construye un enemigo imaginario a quien atacar. Aparecen las metáforas de lucha y con ellas una subjetividad guerrera que da sentido a la continuidad de la vida, incrementan la autoestima y las vivencias omnipotentes que funcionan como protectores.

Por otra parte, y no menos importante, el estudio realizado muestra que la preocupación por la imagen corporal incide sobre la calidad de vida, especialmente en las mujeres a las que se les realizó mastectomía sin reconstrucción. La mama, en nuestra cultura latina, tiene un valor asociado a la identidad femenina, a la maternidad. Además del valor identitario, tiene también una significación estética, conforma una zona erógena muy importante en la vida sexual y es objeto de erotismo. La amputación y asimetría impacta en la integridad, en la identidad, además de incidir en la autoestima en tanto puede que la mujer deje de sentirse atractiva y objeto de deseo. Tal como se registró en otros estudios (Sanchez, 2015), la mastectomía afecta la autoimagen, el proceso de reconfiguración de la identidad femenina, la vida sexual y de pareja, cuando no también la vida social generando aislamiento, desvalorización y repliegue.

CAPITULO 7

Aplicabilidad de los resultados, alcances y limitaciones

En este capítulo se desarrollan los alcances y las limitaciones que tiene el estudio, para lo cual se organizan cuatro apartados. Por un lado, se plantea la aplicabilidad de los resultados en las diferentes áreas de intervención en psicooncología tales como la asistencia al paciente durante el proceso de enfermedad, así como una vez que finalizan los tratamientos oncoespecíficos y en el área de la prevención de la enfermedad. Por otro lado, se plantean orientaciones a ser tenidas en consideración por parte del equipo asistencial.

A continuación se enumeran algunas de las limitaciones del estudio. Por último, se formulan perspectivas de desarrollo académico, delimitando problemáticas emergentes que se desprenden del trabajo realizado.

7.1 Aplicabilidad en el área de las intervenciones psicooncológicas

Las conclusiones de la tesis llevan a orientar las intervenciones oncológicas hacia una perspectiva integral centrada en el paciente, donde los aspectos psicológicos se ubican como determinantes en la calidad de vida relacionada con la salud. En ese sentido, el estudio demuestra la oportunidad de incluir al psicólogo en la evaluación de las pacientes desde el inicio del diagnóstico oncológico, durante los tratamientos en el monitoreo de la adecuación y una vez que finalizan los tratamientos oncoespecíficos, en la reorganización vital.

En primer término, el estudio reafirma la consideración del cáncer de mama como un fenómeno disruptivo con potencialidad traumatogénica, en tanto es capaz de alterar la homeostasis psíquica. Tales alteraciones generan situaciones de duelo oncológico que dependen del

funcionamiento previo de la persona, la historia biográfica, las condiciones de vulnerabilidad o resiliencia. En algunos casos puede producirse un destino obstructivo, generando vivencias traumáticas (desarticuladoras) que afectan la calidad de vida durante la enfermedad. En otros casos, puede producir un destino elaborativo y generar vivencias de estrés (desorganizativas), vivencias ominosas (desreguladoras) que se reabsorben con un desarrollo resiliente. La gran mayoría de las mujeres logran utilizar estrategias adaptativas que les permiten transitar el estado de desequilibrio acontecido sin un deterioro significativo en la CVRS.

En segundo lugar el estudio orienta en relación a las intervenciones del psicooncólogo respecto a la evaluación de ciertas variables psicológicas en las pacientes. Se considera oportuna la evaluación en las pacientes de las creencias y percepciones sobre la enfermedad, así como de los esquemas desadaptativos tempranos que se activan ante esta, en tanto permiten predecir las pacientes con mayores riesgos de ver comprometida la calidad de vida. De esa forma, se aporta a la definición de las pacientes que podrían encontrarse en situación de mayor vulnerabilidad psíquica, a los efectos de considerarlas para las intervenciones psicooncológicas de forma prioritaria. Las mujeres que evidencian una percepción amenazante de la enfermedad, que tienden a activar pautas de funcionamiento caracterizadas por la desconexión emocional, el aislamiento, la vergüenza, la dependencia, la pérdida de autonomía y confianza en sí mismas, tienen altas probabilidades de percibir mayor deterioro sobre la calidad de vida. Por lo tanto, se configuran en población de mayor vulnerabilidad psíquica, siendo prioritaria en la asistencia psicológica durante los tratamientos oncoespecíficos.

Del mismo modo, se entiende que las pacientes sometidas a mastectomía sin reconstrucción deberían tener prioridad en la asistencia psicológica, en tanto se evidencia que este tipo de intervención afecta significativamente la percepción de la calidad de vida.

Por otra parte, el estudio da cuenta de la oportunidad de realizar intervenciones psicológicas a las pacientes una vez que finalizan los tratamientos oncoespecíficos. Se evidencia que en

el período libre de enfermedad las pacientes requieren mayor atención psicológica. Se constata que una vez que se distancian de los tratamientos las mujeres conectan con las experiencias vividas afectivamente, generándose un período de elaboración psíquica y reorganización vital para el cual requieren de un espacio de atención psicológica. Durante esta fase se intensifican pautas vinculadas al aislamiento social, afrontamientos del tipo de la desvinculación comportamental que pueden menoscabar la CVRS.

Por último, el estudio alerta sobre definiciones a tomar con respecto a las estrategias de prevención en cáncer de mama. Las atribuciones causales de los colectivos de mujeres con cáncer de mama no se corresponden con aquellas que se establecen en la literatura «científicamente avalada». Tal como plantea Saforcada (2012), la comunidad maneja un paradigma de salud que no separa mente cuerpo, sino que sostiene una concepción de salud unitaria. Las mujeres estudiadas denotan una concepción integrativa del proceso de salud enfermedad y «a los psicólogos nos cabe la responsabilidad de trabajar cooperativamente con las poblaciones a fin de incrementar su empoderamiento y nuestros conocimientos» (Saforcada, 2012, p. 130). Por otra parte, la investigación da cuenta que para las mujeres el autocuidado no es una práctica incorporada, así como tampoco los hábitos son atribuidos a la causalidad de la enfermedad. La promoción de controles en cáncer de mama ha sido una estrategia de política pública al menos en los últimos diez años a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud. Aun así, las prácticas de controles mamarios no están incorporadas en las mujeres estudiadas, por lo cual queda en evidencia la necesidad de reorientar las estrategias de prevención y educación en salud incorporando los saberes colectivos, las creencias, derribando mitos y temores. Incentivar el control de mamas permite la captación temprana y centrar en el cuidado de sí respecto a hábitos saludables, así como en el manejo de las emociones, los pensamientos y relaciones interpersonales, herramientas fundamentales para la salud. Desde estas acciones se pretende gestionar una salud positiva, vale decir generar un movimiento desde la enfermedad hacia la

salud con acciones que promuevan y protejan la salud. La psicooncología como interdisciplina del campo de la salud se debe sumar a ese corrimiento de la enfermedad, atender y promover la salud entendiéndola como un complejo proceso ecosistémico que conforma la trama de la vida. En ese sentido, corresponde que en sus acciones involucre al sistema biopsicológico, los estilos de vida, el ambiente y el sistema de atención en salud. Dentro de este subsistema se encuentra el componente profesional, el intersubjetivo sectorial y el de la administración de servicios (Saforcada, 2012).

7.2 Aplicabilidad referida al trabajo en el equipo asistencial

En primer término, el estudio da cuenta de la importancia de las variables psicológicas en la CVRS durante el proceso de la enfermedad y sus tratamientos oncoespecíficos. En segundo lugar, pone en relevancia la incidencia que tiene la percepción de control sobre la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida, por lo cual este es un elemento a tener en consideración por parte del equipo asistencial. De esta forma, en el relacionamiento equipo asistencial-paciente, la comunicación sobre el diagnóstico y los procedimientos a realizar deberían tener un lugar destacado a efectos de que el paciente incremente su caudal informativo y con él la percepción de comprensión y control sobre los sucesos. Se enfatiza, a partir de este estudio, la valoración de la participación activa del paciente en su proceso de salud enfermedad.

Por otra parte, para el equipo asistencial es relevante considerar que las pacientes durante los tratamientos de quimioterapia y cirugía demuestran una mayor movilización afectiva en comparación con otros tratamientos oncoespecíficos, requiriendo mayor soporte y contención en los cuidados. El poder estar atento el equipo asistencial a tales demandas y necesidades por parte de las pacientes puede retribuir en la CVRS de las mujeres asistidas.

Así también, si se considera el efecto que tiene la cirugía a largo plazo sobre la CVRS, parece oportuno trabajar con el oncólogo y cirujano plástico sobre el impacto de la cirugía mamaria en la CVRS, especialmente en el subgrupo particular de pacientes mastectomizadas. El equipo asistencial debería incorporar acciones de «prevención cuaternaria» (Gervás, Gavián y Jiménez, 2012) que permitan reducir el daño provocado por la intervención médica. En ese sentido, se considera oportuno trabajar de modo anticipado con las pacientes sobre la cirugía, haciéndolas partícipe de las estrategias quirúrgicas definidas, así como sus efectos a corto y mediano plazo. El hacer partícipe a las pacientes implica destinar de tiempo no solo para informar e intercambiar, sino para que las pacientes puedan procesar la información, elaborarla, incorporarla y tomar decisiones al respecto.

7.3 Limitaciones del estudio realizado

El estudio realizado tiene ciertas limitaciones que relativizan sus resultados.

En primer término, una de ellas estuvo dada por las características de la muestra a la que se pudo acceder. Si bien se pretendió conseguir una muestra heterogénea de pacientes, no fue posible acceder al sistema de salud de copago ni privado de nuestro país. Esto llevó a trabajar con una muestra de pacientes asistidas en el servicio público, lo que generó cierta homogeneidad en los aspectos sociodemográficos. Por lo tanto, los resultados obtenidos se deben limitar a este tipo de población que ha tenido la característica de contar con un bajo nivel de escolarización.

Por otra parte, si bien se pretendió considerar el estadio oncológico de cada una de las pacientes como variable biomédica, este no se logró registrar por carencias en la accesibilidad a la historia clínica de las pacientes. Dados los antecedentes de investigaciones respecto al tema, hubiera sido una variable interesante para la valoración de la calidad de vida.

Con respecto a los instrumentos utilizados, cabe consignar que en la utilización de escalas, si bien permitieron valorar variables psicológicas complejas y acceder a un número importante de pacientes en poco tiempo, se encuentran ciertas limitaciones. Una de ellas es la de prefigurar las respuestas y aportar un dato descriptivo. Otra limitación remite a que las escalas captan lo que las mujeres creen que les sucede en un plano consciente, omitiendo otros planos del funcionamiento psíquico. En última instancia, registran conductas verbales sobre lo que las mujeres suponen que son sus comportamientos, pensamientos y sentimientos, pero no siempre hay una correspondencia entre el discurso verbal y el funcionamiento psíquico.

Los instrumentos utilizados en la investigación son consistentes con un modelo de funcionamiento mental cognitivo-comportamental. Desde esta perspectiva se ha dado prioridad a los productos comportamentales y de manejo consciente por parte de los sujetos de la investigación. La utilización de conceptos como lo disruptivo, vulnerabilidad y resiliencia provienen del modelo psicoanalítico, cuyo modelo mental asienta sobre lo inconsciente y sus dinámicos. Estos se utilizaron a los efectos de generar hipótesis explicativas sobre los fenómenos registrados.

7.4 Perspectivas de desarrollo académico

A partir del estudio realizado se abren otras áreas de investigación y de intervención.

Por un lado, se valora la necesidad de ampliar el estudio a una población de otro contexto socio-cultural vinculada a la asistencia en servicios de salud de copago o privados, pero por sobre todo, con características socio-educativas de mayor nivel. De ese modo se podrían comparar los resultados y realizar valoraciones con mayor alcance.

Por otra parte, se constata la necesidad de realizar estudios longitudinales que permitan monitorear y trazar un seguimiento de la evolución de las pacientes desde el diagnóstico a la

fase libre de enfermedad, detectando factores de riesgos y de vulnerabilidad en el proceso de enfermar, así como indicadores protectores y adaptativos a esta. Los estudios de tipo longitudinales constituyen recursos valiosos de intervención e investigación. Tal como se vienen implementando en el Instituto Catalán de Oncología por parte del equipo del Dr. Ochoa (2019), estos se pueden realizar a través de plataformas de *m-Health*, que permiten, por medio de una app de uso en dispositivos móviles, digitalizar el cribaje, monitoreo y tratamientos psicosociales en línea. De esta forma, se logra una asistencia continua a nivel psicosocial de las pacientes durante su evolución, proponiendo diversas estrategias de intervención según los requerimientos planteados en cada momento en función de las complejidades detectadas. Un primer nivel de escalonamiento se resuelve a través de orientaciones vía telefónica. Un segundo nivel con la utilización de recursos online de foros y materiales psico-educativos. En un tercer nivel se plantean estrategias de asistencia individual. Para el trabajo durante el período libre de enfermedad, se incorporan programas de tratamiento grupales online o presenciales para las pacientes en las que se detectaron complicaciones en la resolución del duelo oncológico.

A partir de la investigación realizada se valora relevante el registro de los esquemas desadaptativos tempranos que se activan ante la enfermedad, las creencias sobre la enfermedad y la calidad de vida. Así también sería interesante incluir el monitoreo sobre el estado anímico (ansiedad, depresión), el malestar emocional y variables psicosociales de vulnerabilidad.

La sistematización de la información recogida a través de la app en la base de datos aportaría insumos permanentes para investigar sobre las variables psicosociales consignadas.

Por último, otra línea emergente a desarrollar se vincula con las acciones tendientes a ubicar la psicooncología desde la perspectiva de la salud positiva. La psicooncología viene trabajando en una comprensión sistémica y holística del proceso de enfermar, vale decir que ha incorporado el desarrollo integral de la salud, el cuidado continuo y la dignidad en el fin de vida. Reconoce al paciente tanto desde el punto de vista subjetivo como de derechos, trabaja

en la comunicación con el equipo asistencial, paciente y familia así como en el empoderamiento de los usuarios en la toma de decisiones. Correspondería que la psicooncología asumiera e incorporara otro movimiento que le permitiera desplazarse del foco colocado en la enfermedad (el paciente, familia, cuidadores), para incluir la dimensión positiva que aporta la salud comunitaria posicionándose desde el paradigma de la salud pública. De esta forma, podría aportar a la comprensión de las dimensiones ecosistémicas de la salud, implicando el contexto de Poder y del Estado en los determinantes de la salud; desde la psicooncología, adoptar un modelo social expansivo que promueva la salud sin desatender la enfermedad. Para que esto suceda hace falta consolidar un movimiento que coloque a la comunidad, no como colaboradora, sino como partícipe de las tomas de decisiones. En ese sentido, las investigaciones en el campo de la salud, a partir de las cuales se recoge la perspectiva de los colectivos, son semillas fértiles para este movimiento. Desde ahí sería interesante estudiar las barreras psicosocio-culturales que actúan obstaculizando las políticas de detección temprana en cáncer de mama.

Referencias Bibliográficas

- Alizade, M. (1999). Duelos del cuerpo. En *Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Científicas, "Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy"*. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Comisión de Publicaciones.
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México: Trillas.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Amini, S., Chinaveh, M. y Allha Fazel, A. (2015). Early maladaptative schemas and cognitive distortions among cancer patients and normal people. *International Journal of Biology, Pharmacy And Allied Science*, 4(7), 577-592.
- Anarte, M. T., López, A., Ramírez, C., y Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16716203.pdf>
- Andrade Ortega, J. A., Millán Gómez, A. P., Ribeiro González M., Martínez Piró, P., Jiménez Anula, J., Sánchez Andújar, M. B. (2017). Validación del cuestionario FACT-B 4- MS

- y exploración de su capacidad predictora en mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Med. Clinica (Barc)*, 148(12), 555-558.
- Aslan, C. N. (1978). Ritualización y fenomenología del duelo. *Revista de Psicoanálisis*, 35(6), 1197-1208.
- Atef-Vahid, M., Nasr-Esfahani, M., Saberi, M., Naji-Isfahani, H., Reza, M., Yasavoli, M., y Goushegir, S. (2011). Quality of life, religious attitude and cáncer coping in a sample of Iranian patient with cancer. *Journal of Research in Medical Sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(7), 928-937. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263107/>
- Avis, N., Crawford, S. y Manuel J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330. doi:[10.1200/JCO.2005.05.130](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.130)
- Bajuk, L., y Reich, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 19-30. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/96/85>
- Barrios, E., Garau, M., Alonso, R. y Musetti, C. (2014). *IV Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 2007-2011. Registro nacional de Cáncer Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer*. Recuperado de www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento
- Bayes, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.

- Becerra, I. y Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima). Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5176>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Nueva York: Descleé de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa
- Beléndez, M., Bermejo, R. M., y García, D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3106.pdf>
- Bell, K. (2009). "If it almost kills you that means it's working." Cultural models of chemotherapy expressed in a cancer support group. *Social Science and Medicine*, 68(1), 169-176.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático: Vol. 1. Clínica y paradoja: el proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2006). *Lo traumático: Vol. 2. Clínica y paradoja: abordaje clínico*. Buenos Aires: Biblos.

Berger, A. M., Lockhart, K., y Agrawal, S. (2009). Variability of patterns of fatigue and quality of life over time based on different breast cancer adjuvant chemotherapy regimens. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 563-570. doi: [10.1188/09.ONF.563-570](https://doi.org/10.1188/09.ONF.563-570)

Bernardi, R. (1996). Conferencia interregional: La clínica Actual, cambios y desafíos, la clínica psicoanalítica y el diálogo intra e interdisciplinario. *Rev. de Appia*, (63-74). Recuperado de:
<http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/appia/0797372120000005.pdf>

Bernardi, R. (1998). *Reacciones adecuadas e inadecuadas ante la situación de enfermar*.
Inédito. Disponible en: Facultad de Medicina, Udelar.

Bernardi, R. (2002, setiembre). *Un único cuerpo, pero suficientemente complejo. El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina*. Ponencia presentada en el XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, “Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica”, organizado por la Federación Psicoanalítica Latinoamericana, Montevideo, Uruguay.

Berwick, D. M. (2009). What ‘patient-centered’ should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), 555-565. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555

Brito, O., Forteza, O., Llerena, I., y Soto, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Medimay*, 20(3), 390-400. Recuperado de <http://www.-revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/664/1115>

- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-R. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020)
- Buki, L., Reich, M., y Lehardy, E. (2016). Our organs have a purpose: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1-6. doi: [10.1002/pon.4270](https://doi.org/10.1002/pon.4270)
- Buki, L., Reich, M., Sanabia, S., y Larrosa, D. (2013). *Aspectos culturales del cáncer en mujeres uruguayas*. Recuperado de http://www.comisioncancer.org.uy/subcategorias_3_1.htm
- Cabrera, G., Tascon, J. , y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 19(1), 91-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/120/12019107/>
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients -an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Calman K. C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. En N. K. Aaronson y J. H. Beckmann (Eds.) *The Quality of Life of Cancer Patients*. (pp. 1-11). Nueva York: Raven Press.
- Camejo, N., Castillo, C., Artégaveytia, N., Hernández, A., Schiavone, A., Milans, S., Laviña, G. y Delgado, L. (2018). Encuesta sobre prevención del cáncer de mama en una población de mujeres uruguayas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 5(2), 63-74. doi: <https://doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a6>

Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121.

Carlson, L., Waller, A. y Mitchell, A. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with Cancer: review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1160-1177. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509

Carver, C. S., Meyer, B., y Antoni, M. H. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: moderator effects in early-stage breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 965-975. doi: [0.1037//0022-006x.68.6.965](https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.965)

Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S., D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S. y Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390. doi: [10.1037//0022-3514.65.2.375](https://doi.org/10.1037//0022-3514.65.2.375)

Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.

Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*,

24(1),109-140. Recuperado de

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/775>

Casso, D., Buist, D. y Taplin, S. (2004). Quality of life of 5–10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(25), 1-9. doi: 10.1186/1477-7525-2-25.

Castillo-López, R., Galindo Vázquez, O., Marván Garduño, M. y Landa-Ramírez, E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35-41. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65124>

Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, C., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire-Long Form Second Edition (YSQ – L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-559. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537307.pdf>

Cazassas, M. y Da Silva Oliveira, M. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-95. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500003>

Cella, D. F. (1995). Measuring quality of life in paliative care. *Seminars in Oncology*, 22(2 Suppl. 3), 73-81.

Cohen M. (2002). Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 245-251.

<https://doi.org/10.1023/A:1016007529278>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico. (2008). *Proyecciones de la población*. Santiago de Chile: United Nations Publications.

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2019). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Incidencia del cáncer en el quinquenio 2011-2015. Tendencia de la mortalidad por cáncer hasta 2017*. Montevideo, Registro nacional de cáncer Uruguay. Recuperado de [http://Informe_RNC_mayo_2019_Inc_2011-2015_Mort_hasta_2017_-_WEB%20\(1\).pdf](http://Informe_RNC_mayo_2019_Inc_2011-2015_Mort_hasta_2017_-_WEB%20(1).pdf)

Cordero, S. y Tiscornia, M. (2014). *Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto*. Recuperado de <http://www.mairatiscornia.com/wp-content/uploads/2013/07/EDTs-y-TP-Estudio-piloto-Cordero-Tiscornia.-pdf>

Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F. y Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97(12), 1625-1631. doi: 10.1038/sj.bjc.6604091

Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071279>

- Cruz Hernández, J. J., Del Barco Morillo, E. y Franco Suárez-Bárcena, P. (2007). Tratamiento y pérdidas funcionales: los duelos del cáncer. En C. Camps Herrero y P. T. Sánchez Hernández (Eds.), *Duelo en Oncología* (pp. 209-222). Recuperado de <https://seom.org/publicaciones/publicaciones-seom/libros-cuidados-continuos/2289-duelo-en-oncologia>
- Curtis, A. J. (2000). *Health Psychology*. New York: Taylor e Francis Group.
- Chamorro, C. y Poclin, B. (2016). *Esquemas maladaptativos tempranos desarrollados en pacientes mastectomizadas pertenecientes al Club de la Mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas* (Tesis de grado). Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima.
- Da Silva, A., Zandonade, E. y Costa Amorim, M. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2891), 1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>
- Dankhe, G. L. (1986). Investigación y comunicación. En C. Fernández-Collado y G. L., Dankhe (Eds). *La comunicación humana: ciencia social* (pp. 385-454). México: McGraw Hill.
- Dapuetto, J. (2013). *Calidad de vida. Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas*. Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Dapuetto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204.

- Dapueto, J., Servente, L., Francolino, C. y Hahn, E. (2005). Determinants of quality of life in patients with Cancer a South American study. *American Cancer Society*, 103(5), 1072-1081. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.20870>
- De Castro Figueiredo Pereira Coelho, R., Nunes Garcia, S., Marcondes, L., Jacinto da Silva, F. A., de Paula, A. y Puchalski Kalinke, L. (2018). Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. *Investigación y educación en Enfermería*, 36(1). doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e04>
- De Haro-Rodríguez, M., Gallardo-Vidal, L, Martínez-Martínez, L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes Hernández, 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: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44919
- Descartes, R. (1988). *El discurso del método*. Santiago de Chile: Ercilla. (Trabajo original publicado en 1637).
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321. doi: <https://doi.org/10.1080/21674086.1942.11925501>
- Di Giacomo, S. M. (1987). Biomedicine as a cultural system: an anthropologist in the kingdom of the sick. En H. A. Baer (Ed.), *Encounters with biomedicine. Case studies in medical Anthropology*, (pp. 315-346). Montreux: Gordon and Breach Science Publishers.

Di Marco, P v.C., Keegan, A.vR. y Valentini, A. (2015). Factores protectores y vulnerables en pacientes oncológicos candidatos al autotrasplante de médula ósea (Tamo). *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(1), 276-290. Recuperado de www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp

Díaz Facio Lince, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155- 160. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673012.pdf>

Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: Ades.

Dumalaon-Canaria, J. A., Hutchinson, A.D., Prichard, I. y Wilson, C. (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control*, 25(7), 771-778. doi:10.1007/s10552-014-0377-3

Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Terapia racional emotiva* (9ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S.B.G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.

Eysenck, M. W. & Keane, M. T. (1994). *Psicología cognitiva: um manual introdutório*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J. y Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients

with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922

Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. Fernández-Abascal et al., *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.

Ferrel, R., Pela, A., Gómez, N. y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer, atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24,180-204. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/619>

Fickova, E. (2001). Personality regulators of coping behavior in adolescents. *Studio Psychological*, 43(4), 321-329. doi:10.1037/0022-3514.93.6.1080

Finck, C., Barradas, S., Zenger, M. y Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. doi: [10.1016/j.ijchp.2017.11.002](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002)

Fleiss, J. L., Cohen, J., y Everitt, B.S. (1969). Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *Psychological Bulletin*, 72(5), 323-327.
<https://doi.org/10.1037/h0028106>

Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42. Recuperado de <https://revistas.u-cm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>

- Fossa Arcila, P. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran: revisando el concepto de psicósomático. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), 261-270. Recuperado de <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-.-3-No-.-2.htm>
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: The University of Chicago.
- Freud, A. (1985). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Galindo Vázquez, O. (2019). Escala de afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. *Psicooncología*, 16(1), 61-72. doi: <https://doi.org/10.5209/PSIC.63648>
- Gargantini, A. y Casari, J. M. (2019). Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncología*, 16(1), 43-60. doi: <https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. y Quiceno, J. M. (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 <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302004.pdf>
- Gercovich, D., López, P., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfel, M., Rosell, L. y Gil Deza, E. (2012). El rol del distrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 403-414. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40911

- Gérvas Camacho, J.; Gavilán Moral, E. y Jiménez de Gracia, L. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 8(6), 312-317.
- Gil, F., Costa, G. y Pérez F. (2010). Does chemotherapy reduce stress? *Palliative and Supportive Care*, 8(4), 455-460. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951510000337>
- Gil, F., Costa, G., Hilker, I., y Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(5), 362-67. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.2445>
- Gil-Roales-Nieto, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gilbar, O. (2005). Breast cancer: How do Israeli women cope? A cross-sectional sample. *Families, Systems, & Health*, 23(2), 161-171. doi: <https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.2.161>
- Giraldo-Mora, C. V. y Arango, M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 191-200. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a04.pdf>
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1995). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haro-Rodríguez, M. A. de., Gallardo-Vidal, L. S., Martínez-Martínez, M. L., Camachoi-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., y Paredes Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de reciente diagnóstico. *Psicooncología*, *11*(1), 87-99. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44919

Henderson Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (Comps.), *Resiliencia, descubriendo las propias fuerzas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª. ed.). México: Mc. Graw Hill.

Hipócrates. (versión 1996). *Tratados hipocráticos*. Madrid: Alianza.

Holahan, C. J., Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1996). Afrontamiento, resistencia al estrés y crecimiento: conceptualización del funcionamiento adaptativo. En M. Zeider y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications*. Nueva York: John Wiley and Sons.

Holland, J. y Murillo, M. (1998). Historia internacional de la psicooncología. En M. Die Trill (Ed.), *Psico-oncología*, 2003. Madrid: Ades.

Janz, N. K., Mujahid, M., Lantz, P. M., Fagerlin, A., Salem, B. y Morrow, M. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, *14*(6), 67-79. doi: 10.1007/s11136-005-0288-6

Jucá, M., Cândido, P., Lavinias, M., Moreira, E. y Carvalho, A. (2013). Autoestima de mulheres mastectomizadas: aplicação da escala de Rosenberg. *Rev RENE*, 14(1), 101-108. Recuperado de <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3335>

Kaes, R. (1979). *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Kangas, M., Henry, J. L. y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524. doi: [10.1016/s0272-7358\(01\)00118-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00118-0)

Kant, I. (1928). *Crítica a la razón pura*. Madrid: Librería General de Victoriano Suárez. (Trabajo original publicado en 1781). Recuperado de <http://www.ataun.eus/BIBLIOTECA GRATUITA/Ci%C3%A1sicos%20en%20Espa%C3%B1ol/Inmanuel%20Kant/Cr%C3%Adtica%20de%20la%20raz%C3%B3n%20pura.pdf>

Kaptein, A., Schoones, J., Fischer, M., Thong, M., Kroep, J. y Van der Hoeven, K. (2015). Illness perceptions in women with breast cancer—a systematic literature review. *Current Breast Cancer Report*, 7(3), 117–126. doi: [10.1007/s12609-015-0187-y](https://doi.org/10.1007/s12609-015-0187-y)

Kern de Castro, E. y Bornholdt, E. (2004). Psicología da Saúde x Psicologia Hospitalar. *Psicologia, Ciencia e Profissao*, 24(3), 48-57. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>

Kern de Castro, E., Lawrenz, N., Romeiro, F., Britz de Lima, N. y Abduch Haas, S. (2016). Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32324>

- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health, 19*(2), 139-155. doi: <https://doi.org/10.1080/08870440310001652687>
- King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J. y Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after treatment for early stage breast. *Quality of life research, 9*(7), 789-800. doi: 10.1023/a:1008936830764
- Kirscht, J. P. (1988). *The health belief model and prediction of health actions*. En D.S. Gochman (Ed.), *Health behavior emerging research perspectives* (pp. 27-41). New York: Plenum.
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope. En A. Monat, R. Lazarus y G. Reeve (Eds.), *The Praeger handbook on stress and coping*, (pp.300-360). Westport: Praeger.
- Lam, W. W., Shing, Y. T., Bonanno, G. A, Mancini, A. D. y Fielding, R. (2012). Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psychooncology, 21*(1), 90-99. doi: 10.1002/pon.1876
- Lazarus, R. (2012). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. En V. Rice, *Handbook of stress, coping, and health* (pp. 195-222). Los Ángeles: Sage.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le Breton, A. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., y Robitaille, Ch. (1997). Illness representations: theoretical foundations. En K.J. Petrie y J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness: current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T. A. Revenson y J. E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Lieberman, D. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicossomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista de Psicoanálisis*, 39(5), 844-846.
- Lieberman, M. A. y Goldstein B. A. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Revista Psychooncology*, 15(2), 160-168. doi: 10.1002/pon.932
- Linares, D. (2015). *A case for multiple item response theory: the cancer health literacy measure-breast and cervical cancer-Uruguay*. (Tesis doctoral, University of Illinois, Urbana-Champaign). <http://hdl.handle.net/2142/87962>
- Lizama, N., Rogers, P., Thomson, A., Slevin, T., Fritschi, L., Saunders, C. y Heyworth, J. (2016). Women's beliefs about breast cancer causation in a breast cancer case-control study. *Psycho-Oncology*, 25(1), 36-42. doi: [10.1002/pon.3869](https://doi.org/10.1002/pon.3869)

- Lolas, F. (2015). Antropología médica en un paradigma bioético. En E. N. Buceta y M. A. Pucheu (Comp.), *Psicooncología para el tercer milenio* (pp. 3-10). Buenos Aires: Akadia.
- Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Barbosa, L. R., Calux, N. M., Elias, S., Ashing, K. T. y Domenco, E. B. L. D. (2018). Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(6), 2916-2921. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0081
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Maroño, M. R. (2016) Cualidades fácticas y psíquicas del proceso puberal en niñas. Tesis Doctoral defendida y aprobada, Universidad del Salvador. Disponible en: <https://racimo.usal.edu.ar/5457/>
- Maroño, M. R. (2019). *Pubertades Trans. Una especificidad del fenómeno de extrañamiento*. Manuscrito Inédito. Disponible en: Universidad del Salvador, Argentina.
- Marty, P. (1995). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, R. B., Boronat, O. G., Badía, M. S., Latiesas, J. S., Navarro, E. M., y Fores, M. F. (2011). Validación de la versión española del Functional Assessment of Cancer Therapy Questionnaire for Breast Cancer (FACT-B+4). *Medicina Clínica*, 137(15), 685-688. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745507004.pdf>

- Martínez-Arias, M. R., Hernández-Lloreda, M. J. y Hernández-Lloreda, M. V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza.
- Martínez Brito, O., Camarero Forteza, O., López Llerena, I. y Moré Soto, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 20(3), 390-400. Recuperado de <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/664/1115>
- Martins Silva, S., Crespo, C. y Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323–1341. doi:[10.1080/08870446.2012.676644](https://doi.org/10.1080/08870446.2012.676644)
- Mc. Corry, N., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., ... Kirk, S. (2013). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post-diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22(3), 692–698. doi: 10.1002/pon.3054
- Mc. Dougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yebenes.
- Mejorada, R., Tufiño, M., Sierra, A., Tena, O., Riveros A. y Sánchez J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752014000100006&lng=pt&tlng=es
- Mera, P. y 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://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>

- Middleton, J. (2002). Psico-oncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad Psicológica*, 298, 30-32. Recuperado de <https://rbmam.janium.net/janium/Documentos/562621EG.pdf>
- Mignorance, M. J., Arbinaga1, F., Carmona-Márquez. J. y Bayo-Calero, J. (2019). Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales de Psicología*, 35(2), 188-194. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>
- Morán, M. C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en inglés del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020
- Moreno, B. y Kern de Castro, E. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 46-52. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401404.pdf>
- Moreno, E. y Gil Roales Nieto, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Moreno Martín, M., Gutiérrez Iglesia, D. y Zayas García, R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1), 1-5. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>

- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. M. y Watson, M. (1981). Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic research*, 25(2), 123-127. doi: 10.1016/0022-3999(81)90098-2
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., y Buick, D. (2002). *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)* (Trad. E. Guic). Recuperado de <http://ipq.h.uib.no//pdf/B-IPQ-Spanish.pdf>
- Ocampo, J., Valdez Medina, J., González-Arratia, N., Andrade Palos, P., Oblitas Guadalupe, L., y Oliver García Fabela, R. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20(3), 265-269. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826009.pdf>
- Ochoa, C. (2019/2020). Proyecto Oncommunities: Online cancer support communities. European Institute of innovation and technology. Institut Catalan de Oncología.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF* (versión abreviada). Madrid: OMS-Grafo.
- Orjuela Sánchez, B.P., Pimás I Torres, I., Culebras I Fitó, N. y Davidoch, C. (s.f.). *Estrés y cáncer. Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer*. Recuperado de <https://www.psicologiamaresme.com/download/Estresycancer.pdf>
- Pacheco-Huergo, V. (2007). *Validación de un cuestionario de percepción de enfermedad: Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) and Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)*. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (FIS PI031649).

- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Pain, D., Miglioretti, M. y Angelino, E. (2006). Sviluppo della versione italiana del Brief-IPQ (Illness perception Questionnaire, short version), strumento psicométrico per lo studio delle Rappresentazioni di malattia. *Psicologia Della Salute*, 1, Articolo 7.
- Parsonnet, L. (2017). Using the Schema Therapy Model to help patients cope with a Cancer diagnosis. Recuperado de <http://www.schematherapysociety.org/Schema-Therapy-Model-to-Help-Patients-with-Cancer-Diagnosis/>
- Patrick, D. y Erickson, J. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Nueva York: Oxford University.
- Peucker, A., Armiliato, M., Vital de Souza, L. y Kern de Castro, E. (2015). Causal attribution to cervical cancer. *Psicooncología*, 12(2-3), 249-257. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51007
- Peucker, A., Armiliato, M., Souza, L. y Kern, E. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(4), 1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y>
- Pineda Higueta, S., Andrade Mosquera, S. y Montoya Jaramillo, Y. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 85-95. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/545/54552517006.pdf>

Platón (versión 1984). *Diálogos*. Madrid: Edaf.

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psicología: avances de la disciplina*, 7(2), 69-86. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n2/v7n2a06.pdf>

Recalde, M. y Samudio, M. (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 10(2), 13-29. Recuperado de <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/121>

Reich, M. y Remor, E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 179-223. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212010000200005&lng=es&nrm=iso

Reich, M. y 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. Recuperado de https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892

- Reich, M. y Remor, R. (2014). Psychological variables associated with health-related quality-of- life in uruguayan women surgically intervened for breast cancer. *Psychology, Community & Health*, 3(3), 172-188. doi:10.5964/pch.v3i3.98
- Reich, M., Costa-Ball, C. D. y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana* 34(3), 615-636. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>
- 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 <https://www.redalyc.org/pdf/172/17290110.pdf>
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (1999). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- Ribeiro, C., Wolf Baldino, A. C., y Kern de Castro, E. (2015). Self- regulation health behavior and breast. Cancer: a sistematic review. *Saude e desenvolvimento humano*, 3(2), 79-105. doi: <http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.15.7>
- Rodríguez Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17(1), 59-74. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2009/edgarrodriguez.pdf>
- Rozema, H., Vollnik, T. y Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psychooncology*, 18(8), 849-857. doi: [10.1002/pon.1488](http://dx.doi.org/10.1002/pon.1488)

Rueda, B. y Pérez-García, A. M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(3), 205-219. doi:

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980>

Ruiz Carreño, P. y Almansa Martínez, M. P. (2012). Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. *Index de Enfermería*, 21(4), 190-193. doi: [http://dx.doi.org/10.4321/S1132-](http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300003)

[12962012000300003](http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300003)

Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, Bs. As. Argentina, 4, 2(120-132)

Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*, 5(1), 022-037.

Sahar Amini, Mahboobeh Chinaveh, Amin Allha Fazel (2015). *International Journal of Biology, Pharmacy And Allied Science*, 4(7), 577-592.

Salas Zapata, C. y Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18. Recuperado de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1>

Sánchez-Pedraza, R., Sierra-Matamoros, F. y López-Daza, D. (2012). Validación colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología*, 63(3), 196-206. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195225192001.pdf>

Sánchez Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 62-73. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77834057008.pdf>

Sat Muñoz, D., Contreras, I., Balderas Peña, L. M., Hernández Chávez, G. A., Solano Murillo P., Mariscal Ramírez, I.,... Morgan Villela, G. (2011). Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas. *Value in Health*, 14(5), S133-S136. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.027>

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

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161 Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a02.pdf> .

- Singer, F. (1998). Modelos en psicoanálisis. *Rev. Latinoamericana de Psicopatología fundamental*, 1(2), 123-136.
- Singer, F. (2002). La teoría y su objeto. Psicoanálisis y Psicopatología Fundamental. En *Pesquisa em Psicopatología Fundamental*, Freire de Queiroz, E., Rodrigues da Silva, A. R. (orgs.). S. Paulo: Escuta, (93-128).
- Singer, F. (2019). *La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para la investigación en psicoanálisis*. Montevideo: Psicolibros.
- Snyder, C. R. y Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have you been? En C. R. Snyder (Ed.), *The psychology of what works* (pp. 3-19). New York
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Stanton, A., Danoff-burg, S. y Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102. doi: 10.1002/pon.574
- Stein, D. J. y Young, J. E. (1992). *Cognitive Science and clinical disorders*. San Diego: Academic Press.
- Straub, R. O. (2012). *Health Psychology: a biopsychosocial approach*. New York: Worth Publishers.

- Sumalla, E. C., Ochoa, C. y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24–33. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Sumalla, E., Ochoa, C., Maté, J., Gil, F. y Pous, E. (2012). *Las emociones del cáncer*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Susin, N., Carvalho, C. S. y Kritensen, C. H. (2014). Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia*, 31(1), 85-95. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000100009>
- Tamblay Calvo, A. y Bañados Espinoza, B. (2004). *Psicooncología del cáncer de mama* (Memoria de grado, Universidad de Chile, Santiago de Chile). Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489–502. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.489>
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer surveys*, 6(3), 545-567. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3326661/>
- Thomson, A., Heyworth, J., Girschik, G., Slevin, T., Saunders, C. y Fritschi, L. (2014). Creencias y percepciones sobre las causas del cáncer de mama: un estudio de casos y controles. *BMC Research Notes*, 7, 558.

- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. y Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy Resesearch*, 13, 343-361. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Torrealba, E. (2013). *Cáncer de mama: factores de riesgo* (Trabajo de grado para Especialización, Universidad Central de Venezuela, Caracas). Recuperado de <http://docplayer.es/10899942-Cancer-de-mama-factores-de-riesgo.html>
- Valderrama, M. y Sánchez, R. (2017). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio local y avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>
- Valencia Lara, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241-257. Recuperado de <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/132/186>
- Varela, B., Caporalle, B., Delgado, L., Viera, M., Galain, A. y Schwartzmann, L. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Revista Ciencia y Enfermería*, 13(2), 33-40. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200005>
- Vargas-Manzanares, S., Herrera-Olaya, G., Rodríguez-García, L. y Sepúlveda Carrillo, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1622>

- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4 (2-3), 385-404. Recuperado de <https://revistas.u-cm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220385A>
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. y López, A. E., (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5(3), 575-583. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750312>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148821/133241>
- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53(S10), 2316-2323. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.1984.53.s10.2316>
- Weinman, J., Petrie, K., Moss Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(4), 431-445. doi: <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology*, 9(3), 183-192. doi: [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L)

- W.H.O. (2002). Informe mundial de la salud 2001: la salud mental, nuevo estudio, nueva esperanza. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16(2), 119. Recuperado en 24 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000200006&lng=es&tlng=es.
- WHOQOL Group (1995). World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: [10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Winnicott, D. (1960). *Las distorsiones del yo en términos del verdadero y falso self*. Buenos Aires: Paidós.
- Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for personality Disorders: A Schema Focused Approach*. Florida: Professional Resource Press.
- Young, J. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Young, J. y Brown, G. (2008). *Cuestionario de Esquemas Desadaptativos* (versión breve, Trad. J. Cid y R. Torrubia, Adaptación para Uruguay L. Tineo) [Test psicológico]. (Publicación original de 1995).
- Young, J. y Klosoko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de personalidad* (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. doi: [10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6)

Zonis, R. (2016). Psicósomática hoy: tercera tópic y vulnerabilidad. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6, 1-25.

Zukerfeld, R. (2015). Elogio (moderado) del sufrimiento (moderado): una revisión teórica y clínica. En E. N. Buceta y M. A. Pucheu (Comp.), *Psicooncología para el tercer milenio* (pp. 45-52). Buenos Aires: Akadia.

Zukerfeld, R. y Zonis, R. (2006). Vicisitudes de lo traumático: vulnerabilidad y resiliencia. En M. Benyakar y A. Lezica, *Lo traumático: clínica y paradoja: Vol. 2. Abordaje clínico* (pp. 107-156). Buenos Aires: Biblos.

Lista de Acrónimos

B- COPE - Bref: Cuestionario de estrategias de afrontamiento para salud, breve.

CHLCC: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

EDT: Esquemas Desadaptativos Tempranos

FACT-B: Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud para Cáncer

INCA: Instituto Nacional del Cáncer

IPQ-R: Cuestionario de percepción de enfermedad

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

YSQ-S3: Young Schema Questionnaire versión abreviada.

ANEXOS

I- Revisión bibliográfica: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

| Autor(es) | Título del Artículo | Objetivo | Metodología | Población | Conclusiones |
|--|--|--|--|---|---|
| Salas Zapata C, Grisales Romero H. (2010). <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i> , 28(1), 9-18. | Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquía, Colombia. | Determinar la CV y sus factores asociados en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana. | Estudio transversal: se analizaron los dominios del WHOQOL BREF relacionados con la CV. | Se entrevistaron 220 mujeres con cáncer de mama en tratamiento ambulatorio. | Mejor CV en mujeres con mayor nivel de escolaridad y nivel socioeconómico, afiliadas al régimen contributivo, con apoyo familiar y con creencias religiosas y espirituales. El tipo de cirugía, así como el tratamiento recibido, tienen una importante incidencia en la CVRS. |
| Sánchez Pedraza, R., Ballesteros, M., Anzola, J. (2010). <i>Revista</i> | Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. | Analizar el concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer y | Estudio cualitativo-descriptivo. Pregunta abierta: ¿En su opinión, qué es CV? Análisis lexico- | Se trabajó con 114 mujeres con cáncer de mama. | En mujeres de menos de 40 años el derecho a tener buen tratamiento. En mujeres de 41 a 50 años el po- |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <i>Salud pública. 12(6), 889-902.</i> | | evaluar la estructura del concepto según grupos de edad. | gráfico. Se construyeron 3 dimensiones: salud como capacidad de disfrutar, como capacidad de tener autonomía y como armonía familiar y social. | | der manejar su enfermedad y ver respuesta al tratamiento. De 51-60 años la capacidad funcional, de disfrute. En mayores de 60 años el bienestar espiritual. |
| Fernández, H., Blum Grynberg, B., Aguilar Villalobos, E., Bautista Rodríguez, H. (2010). <i>Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 48.</i> | Validación de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. | Adaptar a la cultura mexicana, el cuestionario FACT-B y hacer estudios sobre confiabilidad y validez. | La validez se determinó por correlación de las escalas del instrumento con las escalas del EORTC QLQ C-30 y EORTC QLQ BR-23. | Se estudiaron 142 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama. | El FACT-B es válido, confiable y sensible a los cambios para medir la CV en pacientes mexicanas con cáncer de mama. |
| Bajuk, L., Reich, M. (2011). <i>Ciencias Psicológicas 5(1), 19-30.</i> | Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. | Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama recibiendo atención médica postquirúrgica. | Cuestionario de Salud MOS-SF-36 V. 2.0. | 34 mujeres | Se concluyó que el tipo de cirugía, así como el tratamiento recibido, tiene una importante incidencia en la CVRS. Las pacientes con mastectomía radical con recons- |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | trucción presentan mejores niveles de CV. |
| Ocampo, J., Valdez Medina, J., González-Arriaga, N., Andrade Palos, P., Oblitas Guadalupe, L., y Oliver García Fabella, R. (2011). <i>Revista Argentina de Clínica Psicológica</i> , XX (3), 265-269. | VARIABLES PSICOLÓGICAS predictoras de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama. | Conocer la relación y la capacidad predictiva que tienen variables psicológicas con CV en pacientes con cáncer de mama. | Se aplicó el In-CaViSa, la Escala de Afrontamiento de MOOS, la Escala de Resiliencia SV-RES, y la Escala Multidimensional de Religiosidad y Espiritualidad. | Participaron 50 mujeres en diferentes fases de tratamiento. | Se confirmó una relación positiva y significativa entre la CV con el afrontamiento y la resiliencia. El estilo de afrontamiento por análisis lógico y la fortaleza fueron predictores de la CV. |
| Sat Muñoz, D., Contreras, I., Balderas Peña, L.M., Hernández Chávez, G.A., Solano Muriello P., Mariscal Ramírez, I., García, M., Chemist, P., Díaz Cor- | Calidad de Vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas. | Se evaluó la CV y su relación con factores clínicos y socioeconómicos de comorbilidad. | Se aplicaron los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-BR23. | Participaron 314 casos de cáncer de mama en diferentes estadios clínicos. | El estadio clínico se asocia con mayores índices en síntomas físicos como fatiga, náuseas y vómitos. Características sociodemográficas tales como el estar sola se asocian con mayores índices en fatiga y dolor. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| <p>tés, M., Mould Quevedo, J., López Ma- riscal, A., Prieto Mi- randa, S., Morgan Villela , G. (2011). <i>Value in Health, 14,</i> S133-S136.</p> | | | | | |
| <p>Martínez, R. B., Boronat, O. G., Badía, M. S., Latie- sas, J. S., Navarro, E. M., y Fores, M. F. (2011) <i>Medicina Clínica,</i> <i>137(15),</i> 685-688.</p> | <p>Validación de la versión es- pañola del Functional Assessment of Cancer Therapy Questionnaire for Breast Cancer (FACT-B+4).</p> | <p>Evaluar la aceptabilidad, fiabilidad, vali- dez y sensibili- dad al cambio de la versión en español del cuestionario FACT-B+4.</p> | <p>Estudio prospec- tivo. Se evaluó mediante el SF- 36 y el FACT-B+ 4.</p> | <p>Se evaluaron 2 veces en 7 días a 104 pa- cientes antes y después de la cirugía, 30 pacientes con linfedema crónico de la extremidad superior.</p> | <p>Las característi- cas métricas de la versión española del FACT-B+4 son similares a las del cuestiona- rio original y apoyan su equi- valencia, avalan- do su idoneidad para ser utilizado.</p> |
| <p>Reich, M., Remor, E. (2011). <i>Psi- oncología,</i> <i>8(2-3),</i> 453- 471.</p> | <p>Calidad de vida relacio- nada con la salud y varia- bles psicoso- ciales: carac- terización de una muestra de mujeres</p> | <p>Examinar la re- lación existente entre el estrés percibido, las estrategias de enfrentamiento, y la sintomato- logía depresiva, y su efecto so-</p> | <p>Se evaluó los ni- veles de estrés percibido (PSS) y sintomatología depresiva (BDI- II), las estrategias de afrontamiento (Brief COPE) y la CVRS</p> | <p>Se trabajó con 116 mujeres diagnostica- das e interve- nidas por cán- cer de mama, asistidas en consulta ex- terna tanto en</p> | <p>La cirugía con posterior recons- trucción mamaria se asoció a nive- les significativa- mente menores de estrés percibi- do y síntomas de- presivos y a una</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|
| | uruguayas con cáncer de mama. | bre la CVRS. | (MOSF-36) en una toma. | centros de salud públicos como privados | mejor CVRS. |
| Sánchez-Pedraza, R., Sierra-Matamoros, F. y López-Daza, D., (2012) <i>Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología</i> , 63(3), 196-206. | Validación colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. | Evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de la escala FACT-B en pacientes colombianas con cáncer de mama. | Se utilizaron los cuestionarios FACT-B y EORTC-QLQ -BR23. | Se estudiaron 198 pacientes con cáncer de mama. 37 pacientes fueron reevaluadas dos semanas después de la primera evaluación y 50 pacientes un mes después del tratamiento quirúrgico. | La versión española del cuestionario FACT-B utilizado en Colombia muestra una adecuada confiabilidad. |
| Ruiz Carreño, P. y Almansa Martínez, M. P. (2012). <i>Index de Enfermería</i> , 21(4), 190-193. | Quality of life in women who coexist four or more years with cancer of breast, from a perspective nurse. | Estudio que mide la CV en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama. | Estudio observacional, transversal y analítico. Utiliza los cuestionarios QLQ-C30 y BR23. | Se trabajó con 24 mujeres. | Después de cuatro o más años de diagnóstico, las mujeres describen problemas en todas las dimensiones valoradas en los cuestionarios. |
| Recalde, M., Samudio, M. (2012). <i>Mem. Inst.</i> | Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tra- | Evaluar la CV de mujeres con cáncer de mama sometidas a mastecto- | Se utilizaron los instrumentos EORTC, QLQ-C30 y uno específico: Módulo | Se estudiaron 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama. | En general la salud y CV eran buenas, con capacidad para desempeñar activi- |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| <i>Investig. Cienc. Salud, 10(2), 13-29.</i> | tamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. | mía y quimioterapia ambulatoria en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. | de cáncer de mama (QLQ-BR2 3). | | dades laborales del hogar y sociales. La etapa de la enfermedad y la presencia de linfedema se relacionaron con menor puntuación de CV. |
| Mera. P., Ortiz, M. (2012). <i>Terapia psicológica, 30(3), 69-78.</i> | La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres con cáncer de mama. | Se indagó la relación entre CV de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. | Instrumentos: WHOQOL-BREF, LOT-R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. | Se entrevistaron 25 mujeres. | Se encontraron correlaciones entre optimismo y estrategias de afrontamiento con CV. La variable que mejor predice la CV es el apoyo social y la autocrítica. |
| Cheung, Y. B., Luo, N., Ng, R., & Lee, C. F. (2014). <i>Health and quality of life outcomes, 12(1), 180.</i> | Mapping the functional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) to the 5-level EuroQoL Group's 5-dimension questionnaire (EQ-5D-5L) utility index in a multi-eth- | Evaluación funcional de la terapia contra el cáncer de mama. Se buscó predecir el índice de utilidad EQ-5D-5L en base a las cinco puntuaciones de subescala del FACT-B. Los datos del segui- | Análisis de regresiones múltiples. | Se estudiaron 238 mujeres con cáncer de mama de Singapur. | El algoritmo de mapeo convierte el FACT-B al índice de utilidad EQ-5D. Esto permite a los oncólogos, investigadores clínicos y gestores de políticas obtener un resumen de utilidad cuantitativa del estado de salud |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | nic Asian population. | miento de los pacientes se utilizaron para validar los resultados. | | | de un paciente cuando solo se evalúa el FACT-B. |
| Garcia, S. N., Jacowski, M., Castro, G. C., Gal-dino, C., Guimarães, P. R. B., & Kalinke, L. P. (2015). <i>Revista gaucha de enfermagem</i> , 36(2), 89-96. | Quality of life domains affected in women with breast cancer. | Investigar la calidad de vida de mujeres con neoplasia ma-riaria en trata-miento con qui-mioterapia en el seguro médi-co público y privado. | Estudio observa-cional, de cohorte prospectivo. Se utilizó el Qua-lity of Life Ques-tionnai re C30 y el Breast Cancer Module BR23. Se usaron prue-bas estadísticas de Mann Whi-tney y Friedman. | Participaron 64 mujeres, 32 de una unidad hema-tológica y on-cológica de un hospital universitario y 32 de la unidad de quimioterapia de una clínica privada. | Fueron verifica-das diferencias estadísticamente significativas en el seguro médico público: la fun-ción física, dolor, imagen corporal, los efectos sisté-micos en las perspectivas de futuro. En el seguro mé-dico privado fue-ron la función se-xual, la imagen social y el cuer-po. |
| Valdelamar Jiménez, J., Valdelamar Jiménez, A., Fontibón Va-negas, L., Acosta Her-nández, L., y Sánchez, R. | Comparación de las escalas EQ-5D y FACT-G en la evaluación de la calidad de vida en pa-cientes co-lombianos | Evaluar patro-nes de correla-ciones entre las dimensiones de una escala que mide la CV (FACT-G) y otra que mide la salud auto- | Estudio descripti-vo que evaluó FACT-G y EQ-5D. Se utilizaron téc-nicas de estadísti-ca descriptiva para resumir va-riables, métodos | Participaron 114 pacientes con cáncer de mama. | Valores de corre-lación aceptable entre la dimen-sión bienestar fí-sico y emocional de la FACT-G con angustia, de-presión de la es-cala EQ-5D. |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| (2015). <i>Avances en Psicología Latinoamericana</i> , 33(3), 413-421. | con cáncer. | percibida y la CV (EQ-5D) en pacientes con cáncer. | de análisis multivariado, análisis factorial y escalamiento multidimensional. | | El escalamiento multidimensional sugirió que cada escala midió dimensiones diferentes del constructo CV. |
| Aguirre Loaiza, H., Núñez, C., Navarro, A., y Cortés, S. (2017). <i>Psychologia</i> , 11(1), 109-120. | Calidad de Vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el Fact-B y sF-36. | Indaga el estado del cáncer como posible variable diferenciadora en la CV. | Estudio relacional, no experimental, en una muestra no probabilística. Se utilizó SF-36 y el FACT-B. | Se estudiaron 39 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. | En estadios avanzados, los puntajes de CV son bajos en comparación a los iniciales; sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas. Ambos instrumentos correlacionaron positiva y significativamente. |
| Pineda Higuera, S., Andrade Mosquera, S., Montoya Jaramillo, Y. (2017). <i>Rev Gerenc Polít Salud</i> , 16(32), 85-95. | Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en Medellín 2013. | Evaluar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. | Estudio descriptivo de corte transversal. Se calculó la CV con WHQOL-BREF y los factores asociados se determinaron con un modelo de regresión logística binaria. | Se incluyeron 82 pacientes. | El 73.1 % calificó la CV como buena. El dominio físico fue el más afectado, el entorno fue el menos afectado. Se asoció con deterioro de la CV: edad <50 años, diagnóstico avanzado. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | Las variables protectoras fueron la satisfacción con el servicio y la terapia. |
| Andrade Ortega, J.A., Millán Gómez, A.P, Ribeiro González, M., Martínez Piró, P., Jiménez Anula, J., Sánchez Andújar, M.B. (2017). <i>Med. Clinica</i> (Barc), 2017;148:555-558. | Validation of the FACT-B+4-UL questionnaire and exploration of its predictive value in women submitted to surgery for breast cancer. | Validación del FACT-B+4-MS. | Análisis factorial de consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez del constructo y sensibilidad al cambio. Se explora mediante regresión logística su capacidad predictora de linfedema. | Se trabajó con 201 mujeres intervenidas por cáncer de mama. | El FACT-B+4-MS es útil para medir la discapacidad del miembro superior en mujeres operadas por cáncer de mama. No predice el establecimiento de linfedema. |
| Valderrama Rios, M. y Sanchez Pedraza, R. (2018). <i>Rev. Colomb. psiquiatría</i> . [online], 47(4), 211-220. | Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. | Evaluar patrones de asociación entre ansiedad y depresión y los diferentes elementos del constructo de CV en pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o di- | Se aplicó una sola medición mediante las escalas FACIT-B y HADS. | Se entrevistaron 107 mujeres con cáncer de mama en estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC y IV. | El HADS registró alta frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos. La asociación entre síntomas depresivos del HADS y síntomas físicos del constructo de CV muestra la dificultad para diag- |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| | | seminado. | | | nosticar trastorno depresivo en pacientes con cáncer. |
| Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., Hinz, A. (2018). <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 18, 27-34 | Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. | Estudiar la CV en pacientes con cáncer de mama colombianas y explorar la asociación entre CV y optimismo disposicional y apoyo social. | Se utilizó el instrumento de medición de CV EORTC QLQ-C30 y el test de orientación ante la vida (LOT-R). | Se trabajó con 95 pacientes con cáncer de mama tratadas en un hospital de Bogotá. | En la mayoría de las escalas de funcionamiento del EORTC QLQ-C30 y de las escalas de síntomas se mostraron detrimentos en CV. El optimismo se asoció con la CV por lo que ayuda a afrontar la enfermedad. |
| De Castro Figueiredo Pereira Coelho, R., Nunes Garcia, S., Marcondes, L., Jacinto da Silva, F. A., de Paula, A., & Puchalski Kalinke, L. (2018). <i>Investigación y educación en</i> | Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. | Comparar la CV general de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en una institución pública y otra privada. | Se aplicaron los instrumentos: Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer en 3 momentos: inicio, 40-50 días y 85-95 días. | Participaron 115 mujeres con cáncer de mama en tratamiento ambulatorio de quimioterapia en una institución pública y una privada, de Curitiba (Brasil). | La CV global de las mujeres con cáncer de mama se deterioró como consecuencia de la quimioterapia en las dos instituciones, siendo menor en las que recibieron atención privada. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| <i>enfermería,</i> 36(1). | | | | | |
| Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Barbosa, L. R., Calux, N. M. D. C. T., Elias, S., Ashing, K. T., & Dome- nico, E. B. L. D. (2018). <i>Revista bra- sileira de en- fermagem,</i> 71(6). | Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. | Evaluar el im- pacto del cán- cer de mama y la CV de muje- res sobrevi- vientes, identi- ficar la asocia- ción de varia- bles sociode- mográficas y clínicas. | Análisis estadís- tico descriptivo y analítico. Se utilizó un so- ciodemográfico y clínico; Escala Impacto del Cán- cer; Functional Assessment of Cancer Therapy- Br east Cancer (FACT-B). | Se estudiaron 100 mujeres de 60 años (media etaria) posttrata- miento ambu- latorio de cáncer de mama en ins- titución públi- ca de São Paulo, Brasil. | Aun presentando buenos puntajes de CV: 81,9 espe- cífico: 105,6 las pacientes infor- maron impacto negativo del cán- cer, agravado por sus vulnerabilida- des, la preocupa- ción por la salud, los cambios cor- porales, los senti- mientos y signifi- cado del cáncer. |
| Gargantini, A., Casari, J. M. (2019). <i>Psiconcolo- gía,</i> 16(1), 43-60. | Imagen cor- poral y su In- fluencia en la Calidad de Vida en muje- res con mas- tectomía. Comparación entre mujeres con recons- trucción in- mediata, re- construcción diferida o sin reconstruc- ción. | Analizar ima- gen corporal y su influencia en la CV en muje- res que han te- nido una mas- tectomía con reconstrucción inmediata, re- construcción diferida o sin reconstrucción. | Se administró la Escala de Imagen Corporal (S-BIS) y el Inventario de Influencia de imagen corporal sobre calidad de vida (BIQLISP). | Participaron 30 mujeres divididas en tres grupos: reconstruc- ción inmedia- ta (n=10); re- construcción diferida (n=10); sin reconstruc- ción (n=10). | Las mujeres con reconstrucción mamaria tras la mastectomía pre- sentan mejor ajuste que aque- llas sin recons- trucción. Quienes accedieron a re- construcción in- mediata presen- tan menor dete- rioro de imagen corporal. |

II- Revisión Bibliográfica: Esquemas Desadaptativos Tempranos

| Autor(es) | Título | Objetivo | Metodología | Población | Conclusiones |
|---|---|--|---|--|---|
| <p>Ferrel, R., Peña, A., & Gómez, N. (2009). <i>Psicología desde el Caribe</i>, 24.</p> | <p>Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia).</p> | <p>Describir y establecer la prevalencia de EMTs en pacientes diagnosticados con cáncer, que reciben tratamiento en tres centros de atención oncológica del distrito de Santa Marta.</p> | <p>Tipo de investigación descriptiva con diseño transeccional con muestreo no probabilístico. Se aplicó cuestionario esquemas de Young, YSQ-L2.</p> | <p>Participan 80 personas diagnosticadas con cáncer, mayores de 39 años de edad.</p> | <p>El esquema maladaptativo temprano prevalente es el de autosacrificio.</p> |
| <p>Amini, S., Chinnaveh, M., Allha Fazel. A. (2015). <i>International Journal of Biology, Pharmacy And Allied Science</i>, 4(7), 577-592.</p> | <p>Early maladaptive schemas and cognitive distortions among cancer patients and normal people.</p> | <p>Compararon los resultados del test de EDT y el de distorsiones cognitivas en población sana y con cáncer.</p> | <p>Se utilizaron los cuestionarios de Young Maladaptive Schema Questionnaire (YMSQ) and Cognitive Distortion Questionnaire.</p> | <p>Se trabaja con 60 pacientes con cáncer y 60 pacientes sanos.</p> | <p>Encontraron diferencias significativas en la activación de los siguientes EDT: deprivación emocional, abandono, fracaso, dependencia, apego inmaduro, autosacrificio, sometimiento, metas elevadas</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|
| | | | | | y autocontrol insuficiente. |
| Liu, J., Peh, C. X., & Mahendran, R. (2017). <i>Body Image</i> , 20, 58-64. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.001 | Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. | Examinar los mecanismos de vulnerabilidad cognitiva: las actitudes disfuncionales, la rumia y sus efectos combinados sobre la relación entre las preocupaciones de la imagen corporal (BIC) y la angustia emocional en pacientes con cáncer. | | Se estudian 221 pacientes asiáticos adultos con cáncer recién diagnosticados. | Se evaluaron actitudes disfuncionales y angustia emocional. |

III- Revisión Bibliográfica: Percepción y Creencias sobre la enfermedad

| Autor(es) | Título del artículo | Objetivo | Metodología | Población | Conclusiones |
|--|--|--|---|------------------------------|--|
| Rozema, H., Vollnik, T. y Lechner, L., (2009). <i>Psycho-On-</i> | The role of illness representations in coping and health of patients | Relacionar el MSC con las estrategias de afrontamiento y la salud percibi- | Estudio descriptivo que utiliza cuestionarios para medir las repre- | Se estudiaron 119 pacientes. | Las pacientes que creen que su enfermedad tiene síntomas y consecuencias graves, |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <p><i>cology,18, 849-857.</i></p> | <p>treated for breast cancer.</p> | <p>da de pacientes tratadas por cáncer de mama.</p> | <p>sentaciones de enfermedades, estrategias de afrontamiento y percepción de salud física y mental.</p> | | <p>que la consideran crónica e incontrolable reportan una peor salud física y mental. La identidad y las consecuencias de las enfermedades cognitivas explican el 57 % de la varianza en la salud física. La representación de la enfermedad emocional y el control del tratamiento explican el 47 % de la varianza en la salud mental.</p> |
| <p>Gercovich, López, Bortolato, Margiolakis Morgenfel, Rosell, Gil Deza. (2012). <i>Psicooncología, 9(2-3), 403-414.</i></p> | <p>El rol del distrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.</p> | <p>Estudiar las asociaciones entre la percepción de enfermedad y la calidad de vida, evaluando el rol modulador del distrés psicológico en pacientes con cáncer de mama.</p> | <p>Se aplicó: Cuestionario de percepción de enfermedad breve y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento de Cáncer (EORTC QL-</p> | <p>Se estudiaron 74 pacientes con cáncer de mama.</p> | <p>Se encontraron asociaciones significativas entre las subescalas de percepción de enfermedad y calidad de vida. Sin embargo se perdía significación cuando se contrastaba con distrés. Las variables que mejor predecían</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | QC30). | | la variabilidad de la calidad de vida fueron el diagnóstico psicopatológico y el estrés. |
| Mc. Corry, N., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., ... Kirk, S. (2013). <i>Psycho-Oncology</i> , 22(3), 692-698. | Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post-diagnosis. | Estudiar las percepciones de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y su relación con la angustia ante el diagnóstico, variables demográficas y clínicas. | Estudio transversal. Utiliza el IPQ-R y HAD al momento del diagnóstico y 6 meses posterior a él. | Se estudiaron 72 mujeres. | La percepción de enfermedad no mostró diferencias en la puntuación. Las mujeres reportan mayor angustia cuando tienen la convicción de que el cáncer durará mucho tiempo, que es una afección crónica y cuando consideran que los tratamientos no serán efectivos. |
| Schneider Hermel, J., Pizzinato, A. y Calderón Uribe, M. (2015). <i>Revista de Psicología</i> , 33(2), 439-467. | Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. | Comprender la percepción de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sobre el apoyo social y la relación de este con el autocuidado. | Método mixto cuanti y cualitativo: entrevistas biográficas de carácter narrativo. | Se trabajó con 4 mujeres con elevado soporte social y 4 con bajo soporte social. | Las mujeres con mejores niveles de apoyo social se identifican más fácilmente con las prácticas de autocuidado. La percepción de apoyo ayuda en la valorización de sí misma y de su vida. |
| Lizama, N., | Women's belie- | Identificar las | Se formuló una | Participaron | Las atribuciones |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| <p>Rogers, P., Thomson, A., Slevin, T., Fritschi, L., Saunders, C. y Heyworth, J. (2016). <i>Psycho-Oncology</i>, 25, 36-42.</p> | <p>fs about breast cancer causation in a breast cancer case-control study.</p> | <p>creencias causales específicas, y evaluar las diferencias en las creencias entre las mujeres con y sin cáncer de mama.</p> | <p>pregunta abierta para indagar las causas específicas sobre el desarrollo del cáncer de mama.</p> | <p>2742 personas: 1109 pacientes y 1633 grupo control.</p> | <p>más frecuentes en mujeres sin cáncer de mama: factores familiares o hereditarios (77,6 %), estilo de vida, mala alimentación y el tabaquismo (47,1 %) y factores ambientales, como los aditivos alimentarios (45,4 %). En mujeres con cáncer de mama: factores emocionales (46,3 %), estrés, estilo de vida (38,6 %) y fisiológicos (37,5 %), particularmente relacionados con la historia hormonal.</p> |
| <p>Peuker, A., Armiliato, M., Souza, L. y Kern, E. (2016). <i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i>, 29,4.</p> | <p>Causal attribution among women with breast cancer.</p> | <p>Estudia las atribuciones causales otorgadas al cáncer por mujeres en tratamiento oncoespecífico.</p> | <p>Utilizaron un cuestionario sociodemográfico y el IPQ-R.</p> | <p>Participaron 157 mujeres con cáncer de mama que asisten al servicio de salud por control.</p> | <p>Se encontró una mayor atribución a causas psicológicas tales como estrés, problemas familiares y personales, así como una mayor atribución a factores incontrolables externos. Estas atri-</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | buciones no se corresponden con las causas validadas por la comunidad académica. |
| Kern de Castro, E., Lorenz, N., Romeiro, F., Britz de Lima, N. y Abduch Haas, S. (2016). <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 32(3), 1. | Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. | El objetivo del estudio fue investigar la relación entre percepción de la enfermedad, afrontamiento y variables socio-demográficas y clínicas en mujeres con cáncer de mama. | Estudio transversal, correlacional y comparativo. | Participan 157 mujeres (51 años la media). | Se registró relación entre la percepción de enfermedad y el afrontamiento de modo débil. La percepción de la duración de enfermedad se asocia con el afrontamiento instrumental y la distracción. La representación emocional se asocia a afrontamientos emocionales. |

IV- Revisión Bibliográfica: Estrategias de Afrontamiento

| Autor (es) | Título | Objetivos | Metodología | Población | Conclusiones |
|--|--|---|---|--|---|
| Vargas-Manzanas, S., Herrera-Olaya, G., Rodríguez-García, L. y Sepúlveda Ca- | Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar es- | Establecer la confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory (BCI) en versión en espa- | Estudio psicométrico. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 16.0, que deter- | Mujeres. 140 aplicaciones del cuestionario a pacientes en una unidad onco- | El BCI en versión en español aplicado a mujeres con cáncer de seno no sufrió cambios significativos en su |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| rrillo, G. (2010). <i>Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo</i> , 12(1), 7-24. | trategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. | ñol para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno. | minó la confiabilidad a través del modelo alfa de Cronbach. | lógica de Bógotá. | constructo teórico, lo que muestra que puede utilizarse en esta población, así como en las que ya fue validado. |
| Martins Silva, S., Crespo, C. y Canavarro, M. C. (2012), <i>Psychology & Health</i> , 27(11), 1323-1341. | Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. | Valorar las estrategias de afrontamiento y el crecimiento posttraumático en mujeres con cáncer de mama. | Estudio longitudinal realizado en el Hospital de Coimbra, Portugal. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Brief Cope, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), WHO-QOL Group y HAD. | Se estudiaron 50 mujeres a lo largo de su evolución distribuidas en tres grupos: I: en cirugía, II: tratamientos oncoespecíficos III: 6 meses luego de los tratamientos. | En el grupo I se registró mayor impacto de ansiedad y el uso de estrategias de apoyo social y cognitivas asociadas con CVRS. En el grupo II la búsqueda de apoyo social se asoció con crecimiento postraumático. En el grupo III las estrategias de afrontamiento emocionales se asociaron a depresión. Concluyen que las personas que buscan apoyo social, logran expresar las emociones negativas de la situación traumática y los pensamientos negativos. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Mera, P., Ortiz, M. (2012). <i>Terapia psicológica</i> , 30(3), 69-78. | La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de mujeres con cáncer de mama. | Se indagó la relación entre calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. | Se utilizaron los siguientes instrumentos: WHO-QOL- BREF, LOT-R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. | La muestra estuvo compuesta por 25 mujeres con cáncer de mama. | Se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento) con CV. La variable que mejor predice la CV es el apoyo social y la autocrítica. |
| Cândido Alves, P., Lavinhas Santos, M. C., Carvalho Fernandes, A. (2012). <i>Online Brazilian Journal of Nursing</i> , 11(2), 305-318. | Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. | Verificar la ocurrencia de situaciones estresantes y el uso de métodos para hacer frente a tales situaciones en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. | Estudio transversal, se utilizaron dos escalas: Lipp's Inventory of Stress Symptoms in Adults instrument; Scale on Ways to Deal with Problems. | 21 mujeres diagnosticadas. | El 66,7 % de las mujeres presentaron síntomas de estrés. El uso de la religión se observó en el 52.4 % de las mujeres con estrés. En el grupo sin estrés se observó el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema en un 23.7 % de las mujeres. |
| Mejorada, O., Tufiño, M., Vite Sierra, A., Tena Guerrero, O., Riveros Rosas, A., | Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE | El propósito del estudio fue analizar la confiabilidad y validez de la versión en español del in- | Se realizó un análisis factorial exploratorio. | Participaron 203 pacientes mujeres de un hospital público de alta especialidad | Las propiedades psicométricas del instrumento permiten afirmar que la Escala COPE Breve-17 es adecuada |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| Sánchez Sosa, J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. <i>Psicología y Salud</i> , 23(1), 55-62. | Breve. | ventario Brief COPE en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. | | de la ciudad de México. | para evaluar respuestas de afrontamiento ante una situación específica de estrés, como ocurre con las mujeres con cáncer de mama en tratamiento de radioterapia. |
| Martínez Brito, O., Camarero Forteza, O., López Llerena, I., Moré Soto, Y. (2014). <i>Revista de Ciencias Médicas La Habana</i> , 20(3). | Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. | Determinar los niveles de la autoestima y los estilos de afrontamiento presentes en mujeres con cáncer de mama del Consejo Popular Jaruco, provincia de Mayabeque. | Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el período comprendido desde septiembre de 2013 hasta marzo de 2014. | Se seleccionó una muestra de 30 mujeres que padecen cáncer de mama. Se aplicó el Inventario de Autoestima de Cooper-Smith y la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. | La autoestima en las mujeres con cáncer de mama se encuentra afectada y el estilo de afrontamiento que predomina es el centrado en la emoción. Los niveles de autoestima y los estilos de afrontamiento presentan una relación significativa. |
| De Haro-Rodríguez, M., Gallardo-Vidal, L., Martínez –Martínez, M., Camacho- | Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en | Identificar los factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer | Estudio descriptivo trasversal, de correlación en pacientes con cáncer de mama de la clínica de | Se estudiaron 98 pacientes entre seis y doce meses de evolución, de cualquier | El tipo de familia, de tratamiento recibido, la edad y la escolaridad se encuentran estrechamente relaciona- |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., Paredes Hernández, E. (2014). <i>Psicooncología</i> , 11(1), 87-99. | pacientes de recién diagnóstico. | de mama en pacientes con reciente diagnóstico. | mama del Hospital General Regional 1 y Unidad Médica de Atención Ambulatoria, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México, en el 2011. | edad. | dos con el estilo de estrategias de afrontamiento que presentan las pacientes con cáncer de mama. |
| Moreno, M., Gutiérrez, D., Zayas, R. (2017). <i>Enfermería Investigativa, Vinculación, Docencia y Gestión</i> , 2(1). | Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. | Describir el afrontamiento a la enfermedad de pacientes con cáncer de mama en el Servicio de Oncología del Hospital 10 de Octubre de la Habana. | Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de tipo transversal. Se empleó una serie de casos: método clínico en psicología. La investigación abarcó el periodo comprendido de julio a noviembre del 2014. | Del universo de 38 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que asistieron a la consulta de oncología, se seleccionaron 14 mujeres bajo un diseño muestral no probabilístico. | Se encontró un ligero predominio del uso de estilos de afrontamiento centrados en el problema con estrategias de búsqueda de apoyo social y planificación. Las pacientes con estilos de afrontamiento centrados en las emociones utilizaron estrategias de distanciamiento y autocontrol. |
| Da Silva, V.A., Zandonade, A., Costa Amorim, M.C., (2017). <i>Rev. Latino-</i> | Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. | Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres con cáncer de mama en | Estudio transversal de tipo analítico se utilizó escala de ansiedad y escala del modo de | 307 mujeres en quimioterapia | Los resultados muestran asociaciones débiles entre los diferentes modos de afrontar los problemas. Las |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <p><i>Am. Enferma- gen, 25, e2891.</i></p> | | <p>la quimioterapia y verificar la asociación con el perfil de ansiedad presentado por ellas</p> | <p>afrontar proble- mas</p> | | <p>pacientes con bajo nivel de ansiedad tienden a usar estrategias de resolución de problemas mientras las pa- cientes con nivel medio y alto de ansiedad tienden a usar afrontamiento centrado en las emociones.</p> |
| <p>Mingorance, J. M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J. & Bayo-Calero, J. (2019). <i>Anales de Psicología, 35(2), 188-194.</i></p> | <p>Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer.</p> | <p>Se analiza la influencia que la edad de las pacientes con cáncer de mama, pueda tener en las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, analizando si la autoestima influye en el uso de las estrategias y observar la posible interrelación entre estas variables.</p> | <p>Se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluar: Rosenberg Self-Steem Scale y la escala COPE-28 versión en español.</p> | <p>La muestra consistía en 121 mujeres entre los 30 y 77 años. El tiempo promedio transcurrido desde que fueron diagnosticadas fue de 50 meses.</p> | <p>Los resultados muestran que el afrontamiento activo fue la estrategia más utilizada. Se encontraron relaciones significativas, mediadas por la edad, entre las puntuaciones en autoestima y las estrategias de afrontamiento activas, como son la reevaluación positiva, aceptación o el apoyo emocional. Las mujeres entre 46-52 años: puntuaron más alto en aceptación y humor. Mayores</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | puntajes en autoes- tima: más uso de apoyo emocional, social, replantea- miento, aceptación y humor. |
|--|--|--|--|--|---|

V- Formulario Socio Demográfico

Fecha.....

Institución.....

I) DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

| | |
|--|-----------------------------------|
| Fecha de nacimiento/....../.... | Estado civil (estado actual) |
| Edad | Soltera |
| Departamento | Casada /unión libre |
| Ciudad o Barrio: | Divorciada/ separada |
| Nacionalidad | Viuda |
| N° de hijos: | Desempeño laboral (estado actual) |
| Lactancia: | Ama de casa |
| Edad del hijo menor | Estudiante |
| Edad del hijo mayor | Funcionaria - Empleada |
| Edad: menarca/menopausia | Trabajador independiente |

| SITUACIÓN LABORAL (estado actual) | ESTUDIOS |
|--|--------------------------------|
| En actividad | Primaria completa |
| Desempleada | Secundaria completa |
| Licencia laboral por enfermedad (transito ria) | Bachillerato/estudios técnicos |
| Incapacidad laboral permanente | Estudios terciarios |
| Jubilación | |
| Otros (especificar) | |

| RELIGIÓN | PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE |
|----------------------|-------------------------------------|
| Creyente | Sola |
| No creyente | Hijos |
| Practicante | Pareja |
| No Practicante | Familiares |
| Especifique Religión | Amigos |
| | Institución |

II) DATOS DE SALUD

| Diagnóstico actual: tiempo transcurrido | Tiempo de Internación en el último año |
|--|---|
| 6-12 meses | 0 días |
| 1-2 años | Una semana o menos |
| Más de 2 años | Menos de 1 mes |
| | 1-3 meses |
| | 3-6 meses |
| | 6 meses o más |

| FASE CLÍNICA ACTUAL |
|--|
| Diagnóstico de hace 6 meses |
| En tratamiento: SI / NO ¿Que tratamiento? C/ RT / QT/ HT /IT |
| Remisión |

Tratamientos recibidos por el diagnóstico de cáncer actual

| | | | |
|--------------------------|--------------------|---|----|
| Cirugía | SI | TIPO: -Lumpectomía -Mastectomía parcial -Mastectomía radical con reconstrucción mamaria -Mastectomía radical sin reconstrucción mamaria | NO |
| Fecha de la intervención |/...../ | | |
| Quimioterapia | SI | Fecha de Inicio/...../ Fecha de Finalización// | NO |
| Radioterapia | SI | Fecha de Inicio// | NO |

| | | Fecha de Finalización// |
|--------------------|----|---|
| Hormonoterapia | SI | NO |
| Inmunoterapia | SI | NO |
| Otros tratamientos | | |

DIAGNOSTICO

| Estadio de la Enfermedad | Fuente de información sobre su propia salud |
|--------------------------|---|
| Estadio I | Médico |
| Estadio II | Enfermera |
| Estadio III | Psicólogo |
| Estadio IV | Otros |

| DIAGNÓSTICOS ANTERIORES DE CÁNCER | OTRAS ENFERMEDADES |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Tipo de Cáncer (especificar) | SI |
| Tiempo desde el diagnóstico | NO |
| Tratamientos recibidos (especificar) | OTRAS Patologías mamarias: SI/NO |

| ANTECEDENTES ONCOLOGIOS FAMILIARES |
|------------------------------------|
| Abuelo/a maternos |
| Abuelo/a paternos |
| Madre |
| Padre |
| Hermanos (especificar nº) |
| Hijos (especificar nº) |
| Observaciones |

III) HISTORIA DE SALUD MENTAL

| | | | | | |
|--|-------|-------|---------|-------|--------|
| ¿Ha consultado alguna vez con un psicólogo o profesional de la salud mental? | Si | No | No sabe | | |
| En caso afirmativo: ¿Cuál fue el motivo? | | | | | |
| ¿Cuánto tiempo hace que acudió al | En el | Entre | Entre | Entre | Más de |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|------------|------------|-------------|---------|
| profesional? | último año | 1 y 2 años | 2 y 5 años | 5 y 10 años | 10 años |
| ¿Ha sido alguna vez diagnosticada de un trastorno de salud mental? | Sí. Especificar el diagnóstico: | | No | No sabe | |
| ¿Ha tenido IAE? | | | | | |

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO /PSIQUIÁTRICO

| | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------|
| Recibió tratamiento psicológico/psiquiátrico | Sí | No | No sabe | Duración | |
| Continúa en la actualidad con este tratamiento | Sí | No | No sabe | | |
| Tipo de tratamiento recibido | Farmacológico | Psicológico | Ambos | No sabe | |
| Tiempo que hace que inició el tratamiento | En el último año | Entre 1 y 2 años | Entre 2 y 5 años | Entre 5 y 10 años | Más de 10 años |
| Observaciones | | | | | |

VI- CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (CEY-VR) Young & Brown [Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que emocionalmente sienta, no en lo que piense que es verdad. Escoja la puntuación más elevada desde a 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES:

- 1 = Totalmente falso.
- 2 = La mayoría de veces falso.
- 3 = Más verdadero que falso.
- 4 = En ocasiones verdadero.
- 5 = La mayoría de veces verdadero.
- 6 = Me describe perfectamente.

1. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir.
2. En general las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
3. Gran parte de mi vida no me he sentido especial para nadie.
4. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
5. Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.
6. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
7. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
8. Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.
9. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.
10. Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que les aparto de mí.
11. Presiento que la gente se aprovechará de mí.
12. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
13. Es solo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
14. Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
15. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
16. No me aceptan en ningún lugar.
17. Soy básicamente diferente de las otras personas.
18. No me siento unido a nadie, soy un solitario.
19. Me siento alejado del resto de personas.
20. Siempre me siento poco integrado en los grupos.
21. Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
22. Nadie que yo desee querría estar cerca de mí, si me conociese realmente.
23. No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
24. Siento que no soy simpático.
25. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
26. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
27. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
28. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
29. No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
30. No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
31. No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
32. Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.
33. No tengo sentido común.
34. No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
35. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
36. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
37. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
38. Me preocupa que me puedan atacar.
39. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
40. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me

ha diagnosticado nada importante.

41. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.

42. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.

43. Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades sin sentirnos traicionados o culpables.

44. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.

45. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.

46. Pienso que si hago lo que quiero, solo me encontraré problemas.

47. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.

48. En las relaciones dejo que la otra persona tome la iniciativa.

49. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.

50. Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.

51. Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.

52. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.

53. Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.

54. Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.

55. Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.

56. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (por ejemplo: afecto, preocupación).

57. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.

58. Me es difícil ser cálido y espontáneo.

59. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones.

60. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.

61. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.

62. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un «bastante bien».

63. Debo cumplir todas mis responsabilidades.

64. Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.

65. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.

66. Me es muy difícil aceptar un «no» como respuesta cuando quiero algo de los demás.

67. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.

68. Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.

69. Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.

70. Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.

71. Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.

72. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.

73. Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.

74. No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.

75. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.

© Jeffrey Young Ph.D y Gary Brown M. D 1995. Adaptado con permiso del autor. Prohibida su reproducción, publicación y difusión sin consentimiento informado del autor.

Correspondencia a: Jordi Cid Colom. Coordinador Programas XSM-IAS. Edifici Til.lers. Parc Hospitalari Martí i Julià. Institut d'Assistència Sanitària. c/ Castany s/n 17190 SALT. Girona (Spain). Mail: jordi.cid@telefonica.net

VII- IPQR- Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad

En las siguientes preguntas, por favor, marque con un círculo el número que mejor representa su opinión:

- ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Cuánto cree Ud. que durará su enfermedad? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Cuánto control siente Ud. que tiene sobre su enfermedad? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿En qué medida cree Ud. que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a su enfermedad? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿En qué medida está Ud. preocupado por su enfermedad? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿En qué medida siente Ud. que entiende su enfermedad? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor, haga una lista con los tres factores más importantes que Ud. cree que causaron su enfermedad; enumérelos en orden de importancia.

Las tres causas que yo considero más importantes son:

1. _____
2. _____
3. _____

© All rights reserved. For permission to use the scale please contact: lizbroadbent@clear.net.nz Translation by Eliana Guic, P. Universidad Católica de Chile

VIII- Brief COPE (Carver, 1997) Versión en castellano de Perczek, Carver, Price, y Pozo-Kaderman (2000)

Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a situaciones difíciles. Piense en una situación difícil que Ud. tuvo que enfrentar. Estamos interesados en saber cómo Ud. se enfrentó y adaptó a esa situación difícil.

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|--------------------------|--|---------------------------------------|
| No hice esto en lo absoluto | Hice esto un poco | Hice esto con cierta frecuencia | Hice esto con mucha frecuencia |

Debajo de cada frase encontrará una cuadrilla en la que deberá marcar con una cruz aquella opción con la que se identifica: 1, 2, 3 ó 4. Sólo marque una de ellas.

Yo me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.

Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.

Yo me dije a mí mismo(a): esto no es real.

Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.

Yo recibí apoyo emocional de otras personas.

Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.

Yo tomé acción para poder mejorar la situación.

Yo rehusé creer que esto hubiera pasado.

Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.

Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.

Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.

Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer.

Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.

Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.

Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.

Yo hice bromas acerca de esto.

Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.

Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.

Yo expresé mis pensamientos negativos.

Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.

Yo aprendí a vivir con esto.

Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.

Yo recé o medité.

Yo hice gracia de la situación.

IX- FACT-B (4 a Versión) Spanish (Universal) 18 June 2012 Copyright 1987, 1997 Page 1 of 3

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

0: Nada - 1: Un poco - 2: Algo - 3: Mucho - 4: Muchísimo

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD

GP1 Me falta energía.....0 1 2 3 4
GP2 Tengo náuseas.....0 1 2 3 4
GP3 Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia..... 0 1 2 3 4
GP4 Tengo dolor.....0 1 2 3 4
GP5 Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....0 1 2 3 4
GP6 Me siento enfermo(a).....0 1 2 3 4
GP7 Tengo que pasar tiempo acostado(a).....0 1 2 3 4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

GS1 Me siento cercano(a) a mis amistades.....0 1 2 3 4
GS2 Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....0 1 2 3 4
GS3 Recibo apoyo por parte de mis amistades.....0 1 2 3 4
GS4 Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....0 1 2 3 4
GS5 Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.....0 1 2 3 4
GS6 Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de

apoyo).....0 1 2 3 4
 Q1 Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta.
 Si prefiere no contestarla, marque esta casilla y continúe con la siguiente sección.
 GS7 Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....0 1 2 3 4

ESTADO EMOCIONAL

GE1 Me siento triste.....0 1 2 3 4
 GE2 Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad.....0 1 2 3 4
 GE3 Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.....0 1 2 3 4
 GE4 Me siento nervioso(a).....0 1 2 3 4
 GE5 Me preocupa morir.....0 1 2 3 4
 GE6 Me preocupa que mi enfermedad empeore.....0 1 2 3 4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

GF1 Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....0 1 2 3 4
 GF2 Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar).....0 1 2 3 4
 GF3 Puedo disfrutar de la vida.....0 1 2 3 4
 GF4 He aceptado mi enfermedad.....0 1 2 3 4
 GF5 Duermo bien.....0 1 2 3 4
 GF6 Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....0 1 2 3 4
 GF7 Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....0 1 2 3 4

OTRAS PREOCUPACIONES

B1 Me ha faltado el aire para respirar.....0 1 2 3 4
 B2 Estoy preocupada con la manera de vestirme.....0 1 2 3 4
 B3 Tengo el brazo o los brazos hinchados o doloridos.....0 1 2 3 4
 B4 Me siento físicamente atractiva.....0 1 2 3 4
 B5 Me molesta la pérdida de cabello.....0 1 2 3 4
 B6 Me preocupa que, algún día, otros miembros de mi familia puedan padecer de la misma enfermedad.....0 1 2 3 4
 B7 Me preocupan las consecuencias del estrés (la tensión) en mi enfermedad...0 1 2 3 4
 B8 Me molestan los cambios de peso.....0 1 2 3 4
 B9 Me sigo sintiendo una mujer.....0 1 2 3 4
 P2 Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo.....0 1 2 3 4

X- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Proyecto titulado: «Esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama».

Responsable principal: Prof. Agda. Ana Luz Protesoni

Organización: Universidad de la República- Facultad de Psicología

Propósito

El objetivo principal de la investigación es identificar patrones de funcionamiento psicológicos tales como: esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento y su asociación con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en las distintas fases del tratamiento.

Para tal fin, se utilizarán cuestionarios que permiten obtener datos acerca de la persona a la cual se le aplican. Se utilizará un Formulario de Datos Socio demográficos y Clínicos; el Test de Esquemas Tempranos; el Cuestionario de percepción de enfermedad (IPQ-R), el Cuestionario de estrategias de afrontamiento (Brief COPE) y el Cuestionario de Calidad de Vida (FACT-B) que evalúa calidad de vida en relación a la salud.

Selección de participantes

Se coordinará con los médicos tratantes para acceder a las usuarias posteriormente a la realización de la consulta de control oncológico en policlínica del sistema de salud respectivo, en servicios de radioterapia y quimioterapia. Una vez finalizada la consulta médica, este invitará a la paciente a entrevistarse con un investigador, quien le explicará los objetivos y procedimientos a seguir en caso que le interese participar.

Procedimientos y Protocolo

En caso de participar en esta investigación, la misma consistirá en la aplicación de los cuestionarios mencionados en una entrevista presencial e individual de una duración estimada entre 50 y 60 minutos.

El procedimiento será el siguiente: Uno de los integrantes del equipo explicará la investigación que se está llevando adelante a la usuaria y le brindará dos documentos, uno de información, el cual explica para que se está realizando esta investigación y porqué y otro el consentimiento informado en el cual se establecen las ventajas y desventajas de ser parte de esta investigación y se brindan contactos por cualquier duda o inquietud. Este último la usuaria debe firmarlo si está de acuerdo con ser parte de la investigación.

Luego de haber firmado el documento uno de los integrantes del equipo utilizará un cuadernillo con los cuestionarios explicando el procedimiento y quedando a disposición ante cualquier duda.

Efectos secundarios, riesgos y/o molestias

No se han registrado efectos secundarios, riesgos ni molestias físicas o psicológicas asociadas a la aplicación de las técnicas que se utilizarán en la presente investigación. En caso de generar un esfuerzo adicional, fatiga y/o hacer pensar o recordar sobre aspectos vinculados a la enfermedad, estos serán atendidos en primera instancia por el entrevistador. En el caso que el participante sienta que dicha investigación le afecta en algún sentido se le asesorará sobre cómo y dónde puede recibir la atención psicológica que fuese necesaria y/o pertinente. Se realizará el soporte psicológico adecuado en una instancia específica para ello y o la derivación que amerite el caso.

Beneficios

La participación ayudará a ampliar el conocimiento en un área necesaria y no demasiado estudiada en nuestro país. Ello redundará en un beneficio para la calidad asistencial y la salud de las mujeres con cáncer de mama al poderse instrumentar de forma apropiada y oportuna acciones psicoterapéuticas que acompañen el proceso de tratamiento oncológico.

Confidencialidad

La información acerca del participante que se obtenga durante la investigación será confidencial, por lo tanto no será compartida ni entregada a nadie y se pondrá fuera del alcance. Solo los investigadores tendrán acceso a ella con el único fin de esta investigación. Cualquier información acerca del participante tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información bajo llave.

Resultados de la investigación

Los resultados de la investigación se difundirán en diversos formatos (presentaciones orales, artículos escritos). En ningún caso se compartirá ni difundirá ningún tipo de información personal o confidencial acerca de los participantes en la investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Si el usuario no lo desea, no tiene por qué tomar parte en esta investigación. En caso que acepte puede dejar de participar en cualquier momento que quiera no generándole ningún perjuicio.

A Quién Contactar

Si el participante tiene preguntas puede hacerla al momento de la entrevista, o más tarde, contactando con el responsable de la investigación, Prof. Agda Ana Luz Protesoni (Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de la República-Tristán Narvaja 1674, Tel: 24008555 interno 300. Email: protesoni@psico.edu.uy).

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, puede contactarlo a través de la página web:

<http://www.psico.edu.uy/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion> Email:

comiteeticainv@psico.edu.uy

XI- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

Esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida, relacionadas con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la Prof. Agda. Mag. Ana Luz Protesoni, del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Udelar.

He sido informada que la meta de este estudio es conocer sobre el funcionamiento psicológico de las mujeres con cáncer de mama para ajustar las estrategias de tratamiento.

Me han indicado también que tendré que responder en una entrevista a tres cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 50 a 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este

estudio sin mi consentimiento.

He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Me han explicado que no se han registrado efectos secundarios, riesgos ni molestias físicas o psicológicas, asociadas a la aplicación de las técnicas que se utilizarán en la presente investigación.

A su vez, me informaron que participar en esta investigación permitirá ampliar el conocimiento en un área necesaria redundando en beneficio para la calidad asistencial y de la salud integral de las mujeres. Me han explicado que la participación es voluntaria y no redundante en beneficios económicos.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Prof. Agda. Ana Luz Protesoni por el correo: protesoni@psico.edu.uy o al teléfono 24008555 (interno 300).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha: