

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

# TESINA DE LICENCIATURA

## “Estrategias de Afrontamiento, Locus de Control de Salud y Significado Psicológico en personas con Cáncer de Mama”

Alumna: Lauría Blanco, Ariadna V.

Directora: Lic. Elodia Granados

*Mendoza, Marzo del 2010*

# HOJA DE EVALUACIÓN

## TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Elodia Granados

Nota:

# Agradecimientos

*“Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.*

*A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.*

*-El Mundo es eso- reveló. Un montón de gente, un mar de fueguitos.*

*Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás.*

*No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende”.*

(“El Mundo”. Eduardo Galeano “El libro de los Abrazos”)

Cada una de las personas a las que les debo la posibilidad de haber imaginado, llevado a cabo y finalizado este proyecto me han hecho parpadear y admirar la creatividad y belleza del ser humano, sus colores, intensidades y circunstancias, afirmando mi decisión de encaminarme profesionalmente en el trabajo con “fueguitos”.

Sin el amor, apoyo y soporte incondicional, y mil palabras más, de mamá y mi hermano esto, sin dudas, no hubiera sido posible; el amor y apoyo de papá ha brillado en mi corazón desde siempre y siempre lo hará... Tobías también ayudó. Tengo que agradecer a mis abuelos (todos están de alguna manera) que con su amor y cariño me ayudaron en esos momentos difíciles y me permitieron crecer y aprender con ellos. A mis tíos de corazón. Jamás podría olvidarme de mis amigas y amigos, que han sido fuente de inspiración, debate, apoyo, sostén, amor, compañía, consejería, diversión y por sobre todas las cosas, me permitieron entrar en cada uno de sus mundos y maravillarme de su riqueza y calidez. También ha aquellas personas que han pasado por mi vida y aunque ya no forman parte de ella, porque mientras estuvieron la enriquecieron enormemente.

A Eli de le debo un enorme gracias por su guía, paciencia, respeto y soporte. Es el trabajo de personas desinteresadas como el de ella, y muchos más, lo que nos inspira a seguir creyendo en que las cosas pueden ser mucho mejores si uno se esfuerza.

Al doctor Francisco Gago, Doctora Yolanda Cisella, Licenciada Noelia Centeno, Licenciada Laura Yáñez y, dentro de toda estas personas admirables, a Mimí. Todos ellos orquestaron, desde su lugar, la realización de este trabajo, confiaron en mí y me abrieron las puertas con el mayor apoyo y contención.

Y por último, pero sin dar un orden jerárquico, a las hermosas y fuertes mujeres que me permitieron entrar en la intimidad de su ser, me dejaron ser parte de su experiencia y abrieron las puertas de sus inquietudes, dolores y alegrías. Son una fuente de inspiración.

## ¡GRACIAS!

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivos describir el significado psicológico de las palabras “cáncer” y “salud”, las estrategias de afrontamiento y el locus de control de salud de un grupo de mujeres que padecen de cáncer de mama. Se realizó una investigación descriptiva, con una muestra no probabilística compuesta por seis mujeres con cáncer de mama. Se administraron: Inventario de Respuestas de Afrontamiento (Moos, 1993; adaptación Ahumada y Santiago, 2009), Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C (Wallston, Stein y Smith, 1994) y Redes semánticas Naturales (Valdez Medina, 2004). Resultados: predominaron las estrategias de afrontamiento de tipo conductual por sobre el cognitivo, no hubo diferencias entre estrategias de acercamiento y de evitación; puntuaron con alto grado de acuerdo en las dimensiones “internalidad”, “médicos” y “otras personas” y alto grado de desacuerdo en “azar”; significaron la palabra “cáncer” con distintos aspectos de la enfermedad, entre otras cosas, y la palabra “salud” con actividades y emociones asociadas a ella.

## Abstract

The present study had the following objectives: to describe the psychological meaning of the words “cancer” and “health”; and the use of coping strategies and health locus of control construct in a group of women who has been diagnosed with breast cancer. A descriptive investigation was realized, with a non probabilistic sample of six women with breast cancer. The instruments applied were: Inventario de Respuestas de Afrontamiento or Coping Responses Inventory (Moos, 1993; adaptación Ahumada y Santiago, 2009), Multidimensional Health Locus of control scale Form C (Wallston, Stein y Smith, 1994) and Redes Semánticas Naturales (Valdez Medina, 2004). Results: behavioral coping strategies were prevalent over cognitive ones; no differences were found between avoiding and approaching coping strategies; dimensions such as “Internal”, “Health Professionals” and “Powerfull Others” had a high porcentaje of agreement, while “Chance” had a high rate of disagreements; the meaning of the word “cancer” was related with different aspects of the illness, amongst other things, and the word “health” with activities and emotions associated to it.

# Índice

## **PARTE 1: MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I: PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

1. Introducción .....	11
2. Salud y Enfermedad.....	11
2.1. Historia y evolución.....	11
2.2. Concepto de salud.....	13
3. Modelos de Salud y Enfermedad	
3.1. Modelo Biomédico.....	14
3.1.1 Orígenes del modelo.....	14
3.1.2 Supuestos básicos.....	16
3.2. Modelo Biopsicosocial.....	16
3.2.1 Orígenes del modelo.....	16
3.2.2 Supuestos básicos.....	17
4. Antecedentes de la Psicología de la Salud	
4.1. Medicina Psicosomática.....	18
4.2. Medicina Comportamental.....	20
4.3. Psicología de la salud y Medicina Comportamental.....	21
5. Creación y desarrollo de la Psicología de la Salud.....	21
5.1. Definiciones de Psicología de la Salud.....	22
5.2. Áreas de aplicación de la Psicología de la salud.....	24
6. Recapitulación y puntualizaciones.....	24

### **CAPITULO II: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CÁNCER DE MAMA**

1. Enfermedades crónicas	
1.1. Definición.....	28
1.2. Introducción.....	28
1.3. Variables intervinientes en el proceso de adaptación.....	29
2. Cáncer: nociones generales	
2.1. Epidemiología.....	30
2.2. Etiología.....	30
2.2.1 Carcinogénesis.....	31
2.2.2 Fases de Adaptación al cáncer.....	33
2.3. Curso clínico de la enfermedad.....	34
2.4. Enfoques teóricos del cáncer.....	35
3. Cáncer de mama	
3.1. Introducción y epidemiología.....	37
3.2. Tipos de estresores.....	40
3.3. Tipos de cáncer de mama.....	40
3.4. Factores de riesgo del cáncer de mama.....	43
3.4.1 Factores de riesgo biológico.....	43
3.4.2 Factores psicológicos asociados.....	45
3.4.3 Factores de riesgo social.....	46
3.5. Diagnóstico del cáncer de mama.....	46
3.5.1 Reacciones psicológicas ante el diagnóstico.....	47
3.6. Tratamientos del cáncer de mama.....	49

3.6.1 Factores que influyen en el tratamiento.....	49
3.6.2 Tipos de tratamientos y reacciones.....	50
3.6.2.1 Reacciones ante la terminalidad de la enfermedad.....	54
3.6.2.2 Intervenciones ante la terminalidad de la enfermedad.....	55
3.7. El paciente de cáncer y su familia.....	56
3.7.1 Fases por las que atraviesan durante la enfermedad.....	57
3.8. Rol del psicólogo.....	59
3.8.1 Información y comunicación.....	59
3.8.2 Algunas intervenciones.....	60
4. Recapitulación y puntualizaciones.....	62

### CAPITULO III: ESTRÉS

1. Fisiología del estrés	
1.1. Sistema nervioso.....	65
1.2. Sistema neuroendócrino.....	66
2. La respuesta del estrés.....	67
3. Historia del concepto.....	69
4. Orientaciones teóricas sobre el estrés.....	69
4.1. Teorías que entienden al estrés como respuesta.....	69
4.2. Teorías que entienden al estrés como producto de estímulos.....	72
4.3. Teorías que consideran al estrés como resultante de una interacción.....	74
4.4. Otras perspectivas teóricas.....	75
4.4.1 Modelo de Distrés-Eustrés.....	75
4.4.2 Modelos Integradores Multimodales.....	76
5. Estrés y enfermedades.....	78
5.1. Factores moderadores del estrés .....	80
5.2. Efectos y costos del estrés .....	80
6. Recapitulación y puntualizaciones.....	81

### CAPITULO IV: AFRONTAMIENTO

1. Afrontamiento.	
1.1 Definiciones y desarrollos teóricos.....	84
1.2 Eficacia del afrontamiento.....	90
1.3 Afrontamiento ¿Adaptativo o no adaptativo?.....	91
1.4 Afrontamiento: Estilo versus Proceso.....	91
1.4.1 Estilos de Afrontamiento.....	92
1.4.2 Proceso de Afrontamiento.....	92
2. Afrontamiento del cáncer	
2.1 Introducción.....	94
2.2 Condicionantes del afrontamiento del cáncer.....	95
2.3 Modelos teóricos del afrontamiento del cáncer.....	98
2.3.1 Modelo de Lipowski.....	98
2.3.2 Modelo de Weissman.....	99
2.3.3 Modelo de Ray, Lindop y Gibson.....	100
2.3.4 Modelo de Taylor.....	101
2.3.5 Modelo de Moos y Schaefer.....	102
2.3.6 Perspectiva de los “Mundos Supuestos” de Timok y Jnoff-Bulman.....	103
2.3.7 Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer.....	103
2.3.8 Teoría de Temoshok: personalidad y estilos de afrontamiento.....	105

2.4 Puntos de encuentro entre modelos y teorías.....	105
2.5 Investigaciones.....	106
3. Recapitulación y puntualizaciones.....	111

#### CAPITULO V: CONTROL

1. Psicología del Control	
1.1 Historia.....	113
1.2 Paradigmas básicos de la psicología del control.....	114
1.3 Aspectos a tener en cuenta a la hora de hablar de control.....	115
1.3.1 Control objetivo.....	115
1.3.2 El sujeto.....	116
2. El control: Realidad versus Ilusión.....	117
2.1 Consecuencias del Juicio de control.....	118
3. Locus de Control.....	119
3.1 Historia del Locus de control.....	119
3.2 Locus de control de salud.....	120
4. Investigaciones sobre Locus de control de salud: puntos en común.....	122
5. Puntos de encuentro entre las variables investigadas.....	123
6. Recapitulación y Puntualizaciones.....	124

#### **PARTE 2: MARCO METODOLÓGICO**

#### CAPITULO VI: Metodología del trabajo

1. Variables evaluadas.....	127
2. Objetivos del trabajo.....	127
2.1. Preguntas de investigación.....	127
3. Método.....	127
3.1. Tipo de estudio.....	127
3.2. Descripción de l muestra.....	128
3.3. Sujetos o participantes.....	128
3.4. Instrumentos.....	128
3.4.1.Descripción de instrumentos utilizados.....	128
3.4.1.1. Redes Semánticas Naturales.....	128
3.4.1.2. Inventario de Respuestas de Afrontamiento.....	129
3.4.1.3. Escala Multidimensional de Locus de control de Salud Form-C.....	131
4. Procedimiento.....	132
5. Presentación, análisis y discusión de resultados.....	133
5.1. Redes Semánticas Naturales.....	133
5.2. Inventario de Respuestas de Afrontamiento.....	140
5.3. Escala Multidimensional de Locus de control de Salud Form-C.....	141
6. Conclusiones.....	145

<b>Bibliografía.....</b>	<b>148</b>
--------------------------	------------

<b>Anexos.....</b>	<b>153</b>
--------------------	------------



# PARTE 1

## MARCO TEÓRICO

CAPITULO I  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

## **I.1 INTRODUCCIÓN**

*“La salud no es algo para conservar, sino más bien para desarrollar”*

*(Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).*

Los conceptos de salud y enfermedad han evolucionado con el correr del tiempo y las distintas culturas, existen cuatro tendencias interrelacionadas importantes que han modificado la salud. Una de ellas es que las enfermedades crónicas (cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares, cáncer, enfisema pulmonar y diabetes) han reemplazado a las infecciosas en lo que hace a las potenciales causas de muerte lo que implica que ya no es tan común la muerte por factores externos al sujeto, sino que justamente las enfermedades dependen del comportamiento individual.

Otra tendencia viene de la mano de la primera, y es el aumento en los costos de la salud, aumenta la longevidad de la población y es acompañada por tecnologías médicas novedosas pero con altos precios.

Otro cambio fundamental es la modificación del concepto de salud en términos positivos, y el cuestionamiento del modelo biomédico predominante hasta entonces.

Y la cuarta tendencia es la aparición del modelo biopsicosocial, que pone énfasis en la salud positiva y considera como factores influyentes en la enfermedad a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de las personas. **La nueva filosofía que busca instaurar este modelo tiene que ver con la práctica de estilos de vida saludables, la detección temprana de la enfermedad y la reducción de riesgos para la salud.**

El concepto de salud se entiende ya no como ausencia de enfermedad sino como estado completo de bienestar físico, psíquico y social, debe ser considerado como un derecho social básico, como un concepto integral que incluye las tareas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Hay que considerar que ya no está tan relacionado con lo que el sujeto tiene sino con lo que el sujeto hace.

Desde esta perspectiva, los estilos de vida explican más de la mitad de los problemas graves de salud. Es posible la modificación de estas conductas a partir de intervenciones psicológicas que hagan hincapié en realización de estilos de vida saludables llegando a reestructurar los estilos previos a la enfermedad (Oblitas Guadalupe, 2004).

Reig, Rodríguez y Mirá (1987, citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994) comentan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas: a) determinados comportamientos aumentan el riesgo de padecer ciertas enfermedades, b). la modificación de determinados comportamientos puede reducir riesgos, c). el comportamiento se puede modificar con relativa facilidad y d). las intervenciones psicológicas resisten favorablemente los análisis de costo vs eficacia/utilidad.

## **I. 2.SALUD Y ENFERMEDAD**

### **I. 2. 1 Historia y evolución**

El concepto de salud, como es conocido actualmente, ha ido evolucionando a raíz de las distintas perspectivas que lo definían; es así que en un primer momento las poblaciones

antiguas pensaban la enfermedad desde una **concepción sobrenatural**, esto implicaba que la atribución de una enfermedad y todo suceso considerado como misterioso para la persona y su comunidad, tenía causas sobrenaturales. Cuando una persona enfermaba se consideraba que demonios o fuerzas espirituales temibles habían caído sobre ella y la controlaban, otra causa común era la huida del alma. En razón de estas atribuciones se conocían distintas terapéuticas que ayudaban, el exorcismo y algunos rituales y danzas para la restauración del alma, entre otras.

Ya en Mesopotamia y la Grecia homérica se daba una **concepción religiosa** de la enfermedad, cuya causa se encontraba en la desobediencia humana, la trasgresión de la Ley Moral y los pecados, lo que a su vez causaba la ira del dios protector. Una diferencia entre estos dos pueblos es que mientras compartían la causa de las enfermedades, la atribución que se hacía de la misma en Mesopotamia estaba más relacionada con la moralidad, la enfermedad era una mancha moral y en Grecia comienza a aparecer una concepción más naturalista de la enfermedad, se la consideraba como una mancha física o corporal (**concepción protonaturalista**) la cual paulatinamente se fue acercando a una concepción más racional de la enfermedad y la medicina. En Mesopotamia permaneció durante más tiempo la versión menos evolucionada del concepto, aunque con la práctica de la medicina por el pueblo de Israel se le agregaron algunos matices, en el sentido de que la enfermedad no era solo consecuencia del pecado, a veces también podía ser una prueba de fe. El cristianismo dio un paso más en lo que sería la atribución valorativa de la enfermedad, considerándola como una expiación y una forma de buscar la gracia divina.

Lo admirable de las concepciones de estos pueblos es que ellos mantuvieron, en lo que era la concepción de enfermedad, la unión entre mente y cuerpo. Si bien, es común que en estas culturas la "cura" de una enfermedad se debía a razones mágicas o milagrosas, es además necesario reconocer la creación de normas de higiene que junto con los rituales y farmacoterapias, estaban orientados a proteger la salud.

A partir del siglo V a.C. con el auge de los filósofos y pensadores racionalistas presocráticos, en la Antigua Grecia, aparecen las primeras **concepciones naturalistas** orientadas a conocer las causas naturales de la enfermedad. Esto supone una modificación rotunda en el camino del pensamiento, ya que implicaba pasar de una interpretación mágica a una científica de la enfermedad/salud.

La adopción del método científico fue una de las primeras conquistas que realizaron los seguidores de Hipócrates, aunque el paso de los modelos religiosos al método hipocrático había comenzado ya con los presocráticos, aunque estos no fueran del todo conscientes de esto. Crearon un código de ética de trabajo, en el que se incluía el principio de no dañar a los pacientes y colaborar con la naturaleza para el restablecimiento de la salud; describieron cuadros clínicos y permitieron que la figura del médico fuera un agente social y ya no de casta sacerdotal.

Un ejemplo del modelo natural de la salud/enfermedad es la *Doctrina Humoral*, según la cual, la enfermedad es debida a un desequilibrio de los elementos del cosmos (fuego, aire, tierra y agua) que integran el organismo. Estos elementos, que se encuentran en los fluidos del cuerpo humano; mientras se encuentren en equilibrio o en estado de mezcla armoniosa habrá salud. La enfermedad implicaba un estado de mezcla imperfecta. Aquellos que se habían formado en la escuela hipocrática basaban su tratamiento en la creencia de que la naturaleza tendía a curar al sujeto, y que el papel del médico era ayudarla en el proceso de curación (no

dirigirla arbitrariamente). La mayoría de las veces se recomendaba, entre otras cosas, una buena dieta y la evitación de excesos.

Luego Galeno y su concepción sobre la enfermedad plantearon que de por sí en cada sujeto hay cierta predisposición a contraer alguna enfermedad; esto se apoya en el hecho de que para esta concepción el perfecto estado humoral no existe, sino que todas las personas poseemos una proporción de humores particular y es, justamente, esto lo que nos predispone a una u otra enfermedad. Considerando que las circunstancias externas como el estilo de vida, clima, edad, cultura, etc. influenciaban el estado del organismo y en ocasiones podían dar lugar a accidentes morbosos.

En el período que comprendió a la Edad Media el modelo natural de Galeno (influenciado por Aristóteles y Avicenas) convivió con el modelo moral de la enfermedad. Debido a las influencias religiosas de los que estaban en el poder, la enfermedad era un castigo por una conducta moralmente reprochable; de la mano de esto tomaron nuevamente relevancia las creencias acerca de posesiones demoníacas de los cuerpos, lo que dio lugar a que los sacerdotes se hicieran cargo de los tratamientos.

Aristóteles, Galeno y Avicenas fueron las grandes autoridades médicas a lo largo de toda la Edad Media y previo a la caída del Imperio Romano; luego de esta caída y debido a las circunstancias sociales y sobre todo a que nuevamente la Iglesia tomó las riendas en cuanto a la medicina, el progreso de este conocimiento se enlenteció. La razón para esto fue que la concepción de hombre que manejaban era que el ser humano era una criatura con alma, que poseía libre albedrío, y que era esto último lo que lo separaba de las leyes naturales que están sujetas únicamente a la voluntad de Dios. De esta manera, era inconcebible que el ser humano pudiera ser objeto de investigación científica (escapaba a las leyes de la naturaleza).

### **1.2.2 El concepto de salud**

Etimológicamente el término “salud” proviene del latín “*salus*”, haciendo referencia al normal funcionamiento psicológico y biológico de la persona. En nuestra lengua, este concepto es definido por la Real Academia de la Lengua española como, “*el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones*” (Diccionario de la Real Academia, 2009).

La salud ha sido definida durante mucho tiempo en términos negativos, como ausencia de enfermedad o invalidez, concepción a la que adhirió el modelo biomédico tradicional; pero actualmente se considera que esta concepción no refleja la realidad humana y no es operativa debido a que, por un lado, no ha sido posible delimitar claramente entre lo considerado como normal y lo que es patológico, ya que son conceptos dinámicos que van evolucionando junto con el hombre y sus circunstancias, y sobre todo porque las definiciones de tipo negativas no coinciden con las ciencias sociales (Oblitas Guadalupe, 2004).

A mitad del siglo XX, durante e inmediatamente después de la culminación de la Segunda Guerra Mundial, la sensación y el concepto de “un único mundo” permitió que a través de los avances en la medicina, la psicología y otras ciencias surgiera la concepción de salud en términos positivos (Oblitas Guadalupe, 2004). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, en lo que fue su constitución original, afirmó la definición de salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de patología orgánica o enfermedad*”.

Algunas de las críticas que recibió esta definición de salud estaban relacionadas con la dificultad que implicaba para los profesionales de la salud establecer el significado de la palabra “bienestar”; también se la criticó en el sentido de que se la consideraba una utopía, no era practicable en la realidad, la idea de “estar en perfecto (completo) estado de adaptación con el entorno” es un imposible, implicaría una vida sin luchas, fracasos y sufrimientos, parecería ser una declaración de principios y deseos, no una realidad. Otro problema fue que la definición equipara el concepto de bienestar con el de salud, lo cual no siempre es cierto o coincidente. No considera el aspecto objetivo de la salud, es decir no es formulada en términos de “capacidad de funcionamiento”. Por último, parece una definición estática, ya que considera sanas a aquellas personas que gozan de un completo bienestar cuando, por principio, la salud es dinámica y cambiante y se puede dar en grados muy diferentes (Oblitas Guadalupe, 2004).

Algunas de las propuestas ante las críticas fueron: eliminar el término “completo” de la definición y considerarla como un estado físico y mental relativamente libre de malestar y dolor que le permita a la persona funcionar de manera eficaz por todo el tiempo que sea posible, de acuerdo al entorno en el que se encuentra. La idea de agregar además comentarios acerca de la funcionalidad de la persona hace que la definición se vuelva más operativa y no tan utópica.

Salleras (1985; citado por Arnal Ballester, 1997) apoya una concepción dinámica de la salud y la enfermedad en donde cada uno de estos conceptos se encuentran en los extremos de un continuo (óptima salud=completo estado de bienestar, y muerte). En el cual existe una zona neutra que permite ver que la distancia entre los conceptos no es absoluta, los matices tienen que ver con la existencia de diferentes grados de pérdida (enfermedad) y de ganancia u optimización de salud. Para hacerlo más operativo, cuando se utiliza en modelos de Salud Pública, se suelen modificar los extremos, considerando más adecuado utilizar los términos de “muerte prematura” (muchas veces evitable) y “elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionar” (también alcanzable).

Podemos observar como se da reconocimiento a la influencia de los factores sociales al considerar que las circunstancias en las que el sujeto está incluido influye en ambos conceptos. Esto implica que nos posicionemos desde la mirada de un modelo interaccionista para entender que tanto salud como enfermedad están vinculadas a la relación entre el organismo y el ambiente, al modo en que la persona se sitúa en su contexto social.

Todo lo dicho implica que por la conjunción de todos estos factores el hombre elegirá un estilo de vida particular, en donde sus aspiraciones, motivaciones e intereses se van a encontrar representados, de alguna manera, por su concepto de salud.
---

La salud, así entendida, implica el equilibrio del organismo con determinadas condiciones ambientales, con el mundo social y con factores psicológicos, culturales, políticos, económicos, etc. con los que se pone en correspondencia y sin los cuales no sería posible mantener este concepto de salud (Ballester Arnal, 1997).

La salud ha dejado de ser un concepto que se intenta definir como sustantivo, para pasar a ser utilizada como adjetivo o cualidad, conociendo cuales son los comportamientos que nos acercan a ella, así como aquellos que nos alejan. El interés actual por la definición de salud se ha reorientado hacia la definición de calidad de vida como una globalidad (Ballester Arnal, 1997).

### **I.3. MODELOS DE SALUD Y ENFERMEDAD**

#### **I.3.1. MODELO BIOMÉDICO**

Es importante tener en cuenta que “el” modelo biomédico como tal, no es más que una abstracción o una generalización de lo que en realidad son diferentes modelos, con distintas perspectivas, modos y niveles de actuación, que implican también distintos grados de reduccionismo biológico (Ballester Arnal, 1997).

##### ***I.3.1.1 Orígenes del Modelo Biomédico***

Con la llegada del Renacimiento se pudo concretizar la vuelta a las concepciones naturalistas acerca de la enfermedad, debido a que el humanismo como modelo de pensamiento permitió colocar al hombre en el centro de atención. A raíz de esto, la práctica de la medicina volvió a manos de los médicos. El interés durante este período estuvo focalizado en enfermedades concretas y la búsqueda de nuevos tratamientos para ellas.

En el siglo XVII, René Descartes, planteó que al igual que plantearon los griegos, la mente y el cuerpo eran entidades separadas, (dualismo cartesiano) pertenecían a dominios diferentes. Además afirmó que el cuerpo era como una máquina (compuesta por distintos elementos) y describió los mecanismos por los cuales esta máquina realizaba acciones y producía sensaciones. La enfermedad se producía cuando alguna de las partes se rompía o funcionaba mal, ante esto el médico estaba encargado de diagnosticar donde ocurrió el daño o mal funcionamiento y repararlo.

La concepción que privilegiaba este enfoque era que la enfermedad era considerada casi exclusivamente en términos bioquímicos, fisiológicos o anatómicos, sin considerar de ninguna manera los factores sociales o psicológicos del paciente.

Otro de los aportes que realizó fue que, si bien mente y cuerpo estaban separados, ambos se comunicaban por medio de la glándula pineal. Y por último, un planteamiento que permitió el avance científico que no se había podido realizar previamente debido a la concepción de hombre previa planteando que los animales no tenían alma y que el alma de los humanos abandonaba el cuerpo una vez que estos morían, por lo que la disección podía ser una forma de estudio aceptable.

Si bien existieron, conjuntamente con este modelo, intentos de retomar una visión holística de la persona, de la enfermedad y los tratamientos, estos fueron en vano, ya que las características del racionalismo, el empirismo y el pensamiento analítico no le daban lugar.

A esta época siguieron grandes progresos científicos y tecnológicos (siglo XVIII, XIX y XX) en todos los campos de la medicina, que permitieron superar algunas de las principales causas de muerte y enfermedad permitiendo controlar los problemas de salud pública; esto permitió focalizarse en localizar el origen y causas concretas de las patologías. Lo que, a su vez, complicaba la consideración y apoyo a las teorías o síntesis de conocimientos que recién a finales del siglo XX se comenzaron a formar: teoría de la evolución (Biología), teoría acerca de la valencia de los electrones (Química), teoría de la relatividad (Física), etc. En relación a esto, las teorías integradoras de Freud y Pavlov fueron reconocidas ampliamente por el mundo médico, contribuyendo al redescubrimiento de la medicina psicosomática en 1930.

Esto marcó el inicio de una nueva forma de pensar, valorar y comprender la salud y la enfermedad.

### ***1.3.1.2 Supuestos básicos del Modelo Biomédico***

Este modelo parte de la concepción de dualismo mente-cuerpo separados tajantemente y perteneciendo a dominios diferentes (dominio mental/espiritual y como dominio o entidad física). Otra de sus características es el reduccionismo, ya que considera que la enfermedad puede ser reducida a funcionamientos químicos y físicos, dejando de lado eventos físicos y aspectos del comportamiento de la persona que puedan haber contribuido a esa condición; se centra en el estado fisiológico de la persona y considera que las cuestiones psicológicas y sociales son aspectos periféricos o poco relevantes.

La importancia de este modelo y su prestigio, se deben a los avances que ha permitido: realizar diagnósticos con alto nivel de certeza, rapidez y precisión. El problema es qué sucede cuando nos encontramos con que las sintomatologías son pluricausales o multideterminadas, esto deja ver al modelo como insuficiente para dar respuesta a los problemas de salud, sobre todo los más actuales como las enfermedades crónicas en las que el estilo de vida juega un papel central.

La insuficiencia para dar respuesta a los problemas de salud pública actuales tiene su razón de ser en los siguientes factores (Ballester Arnal, 1997):

- 1). El cambio en las pautas de morbilidad y mortalidad
- 2). El coste económico de los actuales sistemas sanitarios

Quizás una posible solución consista en focalizar la atención sobre el trabajo preventivo, especialmente en las enfermedades que están sumamente influenciadas por el estilo de vida del paciente, los hábitos, niveles excesivos de estrés y regímenes dietarios inadecuados (Ballester Arnal, 1993).

Es, en relación a todo lo mencionado, que surge el modelo biopsicosocial, como un intento de respuesta a las deficiencias del modelo biomédico.

## **1.3.2 MODELO BIOPSIICOSOCIAL**

### ***1.3.2.1 Orígenes del modelo***

A diferencia del anterior, este modelo es más comprensivo ya que coloca al mismo nivel los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la. Además intenta resarcir las deficiencias del previo en cuanto a las diferencias individuales en la búsqueda de asistencia médica, respuestas ante el tratamiento, resistencia al dolor, etc. (Ballester Arnal, 1997).

La formulación de este modelo en 1977 por Engel expresó una necesidad que venía haciéndose manifiesta en muchos profesionales (Ballester Arnal, 1997). Se apoyó en la Teoría de Sistemas de Bertalanffy (1968), defendiendo la idea de que la relación entre los factores que consideramos parte de la enfermedad no es *aditiva* sino *interaccional*. De esta manera, se opone al planteo del dualismo mente-cuerpo y al reduccionismo biológico. Propone la influencia fundamental de los factores sociales y culturales.

El postulado desde el que parte este modelo considera que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales, y de esta



manera considera necesario tener en cuenta los tres factores para evaluar y tratar una enfermedad. Todos los factores son igualmente relevantes en la salud/enfermedad.

La Teoría de Sistemas plantea que la realidad se comprende mejor si se la entiende en términos de jerarquías de sistemas, los cuales están compuestos por subsistemas más pequeños y que, a su vez, forman parte de sistemas más amplios. Es por ello estudiar el funcionamiento de la persona requiere de un análisis biológico, psicológico y comunitario. Dejar de lado alguno de estos elementos implica no ver una parte del sistema que se estudia.

Así como hablamos de la interrelación entre los sistemas, hay que tener en cuenta una consecuencia lógica de esto, un cambio o perturbación en un nivel afecta jerárquicamente no solo a ese nivel sino a los niveles superiores e inferiores, es decir que, un cambio bioquímico en la persona va a afectar su fisiología, y a su vez provocará una modificación en sus emociones, en sus relaciones y en el entorno que lo rodea.

Hay que hacer referencia a los conceptos de autorregulación y de retroalimentación inherentes a la teoría de sistemas. Aceptando que los sistemas están orientados a una meta y que intentarán alcanzar un equilibrio continuo en su funcionamiento, podemos explicar ambos. Los resultados de las acciones que realiza el sistema (para alcanzar el equilibrio) le proporcionan una retroalimentación permanente, ésta le indica si se está acercando a la meta o no, lo que le permitirá decidir cuál será el posible comportamiento futuro. El modelo planteado considera al paciente como un ser activo en el modo en que percibe y enfrenta sus síntomas, haciendo hincapié en la responsabilidad individual en cuanto al cuidado de la propia salud y la importancia de la prevención (Ballester Arnal, 1997).

### **1.3.2.2 Supuestos Básicos**

#### *La influencia de los factores psicológicos en la salud y enfermedad*

Desde hace ya muchos años se pensaba e hipotetizaba acerca del peso que podían tener las emociones en la posibilidad de que una persona enfermara, el problema que se arrastró durante tantos años con estas hipótesis e incluso algunas teorías (como las de Freud sobre como los procesos de duelo y depresión favorecían la aparición de enfermedades), era que carecían de rigor científico. Actualmente esto fue resuelto gracias a las investigaciones realizadas por científicos inmunólogos y de la psicoimmunología ya que han aportado constataciones empíricas para estas cuestiones. Por ejemplo, es conocido que en situaciones de estrés el incremento en catecolaminas lleva a cierto agotamiento de aminas cerebrales que al ocupar algunos receptores de la membrana de los linfocitos T disminuyen su respuesta inmunológica eficaz, de esta manera, se favorecería la ocurrencia de enfermedades (Ballester Arnal, 1997).

Quien remarcó la importancia de los factores psicológicos en la salud/enfermedad fue el sociólogo médico, David Mechanic, quien los consideraba debido a sus observaciones acerca de las diferencias interindividuales en la respuesta de las personas a sus síntomas. Él creó el concepto "conducta de enfermedad" haciendo referencia a la manera en que las personas perciben, evalúan e interpretan sus síntomas y emprenden determinadas acciones para remediarlos. Esto dio lugar a gran cantidad de estudios sobre distintas variables psicológicas como personalidad tipo A y mas concretamente la hostilidad (Friedman y Rosenman, 1959, 1974); la personalidad tipo C (Temoshok, 1987); el locus de control (Rotter, 1966); los estilos de afrontamiento (Lipowski, 1970; Lazarus, 1980, 1986; Leigh y Reiser, 1980; Milton, Green y Meagher, 1982); la desesperanza respecto al futuro (Schmale, 1972); la búsqueda de sensaciones (Zuckerman, Ball y Black, 1990); la percepción de apoyo social (Cobb, 1976); la

ansiedad somática (Weiner, 1977); la depresión; la autoeficacia (Bandura, 1977); el sentido de coherencia (Antonovsky, 1979); la fortaleza (*hardiness*) (Kobasa, 1979); el pesimismo premórbido (Millon, 1982); la introspección (Mechanic, 1983b); las creencias existenciales; la capacidad de demora de gratificaciones; las ganancias secundarias y el estrés (Sandín, 1993).

#### *La influencia de los factores sociales y demográficos*

Lo mismo que Mechanic planteó en relación con los factores psicológicos ocurrió con el sociólogo Talcot Parson (1951; citado por Ballester Arnal, 1997) con las variables sociales, dando lugar a la creación del concepto de “rol de enfermo”. Éste tiene que ver con las expectativas que tiene una sociedad acerca de los derechos y deberes de la persona enferma. Si bien su obra fue criticada, también sirvió de punto de partida para el estudio de otros factores sociales como la influencia de la clase social sobre el informe de síntomas, el tipo de enfermedades contraídas según la clase social, el apoyo social como factor de resistencia a la enfermedad, etc.

En cuanto a las variables demográficas, es ya conocido el hecho de que la más estudiada ha sido el género y la idea general de las investigaciones ha girado en torno a si existen diferencias de género en cuanto a la tendencia a informar síntomas, si hay una predisposición a ciertas enfermedades, etc.

#### *La influencia de los factores culturales*

Alrededor de los años 50 se inició un movimiento de investigación que buscaba conocer la influencia de factores culturales en el tipo y modo en que enferma una determinada comunidad. La idea es comparar entre distintas culturas (Ballester Arnal, 1997).

Este tema es interesante en el sentido de que las culturas hacen o se relacionan con la elección de estilos de vida, lo que está íntimamente relacionado con las enfermedades crónicas, la forma de expresar síntomas, el tipo de enfermedades que crean, etc.

De esta manera se podría decir que vivir en una determinada cultura otorga cierta protección frente a determinado tipo de enfermedades o causas de mortalidad, al tiempo que puede ser un factor de riesgo o predisposición frente a otros problemas (Ballester Arnal, 1997).

## **I.4. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

### **I.4.1. Medicina psicosomática: definición, origen y características**

La medicina psicosomática analiza los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas, y los factores psicológicos y somáticos que interactúan produciendo enfermedades (Brannon y Feist, 2001). Intenta explicar el papel de los factores psicológicos en la etiología de la enfermedad física. Aparece como una nueva orientación de la Medicina en la cual es rechazada la dualidad mente-cuerpo. Se caracteriza por pensar al cuerpo como un “mapa” en donde se pueden localizar las regiones más vulnerables a la influencia emocional.

La idea básica de la que parte es que toda enfermedad física tiene algún componente emocional o psicológico, siendo la enfermedad el resultado final de la interacción de estos factores con una disfunción o alteración física (Brannon y Feist, 2001).

Esta “etapa psicossomática” dentro de la Medicina se inició con el trabajo de W. Cannon (1911; citado por Brannon y Feist, 2001) en un estudio acerca del efecto de estrés en las enfermedades orgánicas crónicas (Brannon y Feist, 2001). La investigación de Cannon demostró que la emoción es capaz de producir cambios fisiológicos que pueden estar relacionados con el desarrollo de enfermedades físicas.

En 1939 fue creada la Sociedad Psicossomática Americana, publicada el primer número de la revista “*Psychosomatic Medicine*” y proclamados oficialmente los objetivos de la disciplina, enumerados en relación a estudiar las interrelaciones entre los aspectos psicopatológicos y fisiológicos de las funciones corporales (normales y anormales) buscando integrar la terapia somática y la psicoterapia.

Fuentenebro, Santos, Agud y de Dios (1990) consideran que la Medicina Psicossomática ha pasado por dos fases históricas (Borda, 1996, citado en Ballester Arnal, 1997):

En un primer momento, estuvo caracterizada por la influencia dominante de corrientes dinámicas de la psicología, centrando su atención en el estudio de la interacción entre factores psicológicos y biológicos (los síntomas podían ser explicadas a partir de la presencia de emociones persistentes que llegaban a producir alteraciones en el funcionamiento somático.

Hacia 1986 se amplió la cantidad de trastornos considerados como psicossomáticos de siete (asma bronquial, úlcera gastrointestinal, colitis ulcerosas, hipertensión esencial, artritis reumatoide, neurodermatitis e hipertiroidismo) a nueve, siendo recategorizados de acuerdo a la presencia de síntomas físicos asociados a un sistema fisiológico relacionado con el sistema nervioso autónomo y causado por factores emocionales: síntomas respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, músculo-esqueléticos, de la piel, endocrinos, genitourinarios, hemáticos y linfáticos.

Alrededor de los 70 se comienza a alejar de la corriente psicoanalítica dominante para volverse más ecléctica, todo eso debido a los fracasos por obtener datos que apoyaran sus teorías, incapacidad por desarrollar intervenciones eficaces para tratar, controlar o prevenir problemas físicos, solo se preocupaba por lo que da inicio a una enfermedad dejando de lado aspectos relacionados con el agravamiento de las existentes, también debido a fracasos por eliminar los problemas derivados del dualismo cartesiano y porque solo se ocupaba de un número reducido de enfermedades (solo las psicossomáticas), entre otros.

Si bien, el estrés y sus efectos fisiológicos sobre el desarrollo de enfermedades han constituido un tema central para la medicina psicossomática, a partir de la década del 70 el tema varió y el término psicossomático ya no se aplicaba a enfermedades en sí, sino a un enfoque del estudio y tratamiento de la enfermedad como un fenómeno complejo (Brannon y Feist, 2001).

En el segundo período hay mayor rigor científico en la investigación sobre la relación entre factores psicossociales y enfermedad/salud. En el DSM IV (APA, 1994) se propone una significación de lo psicossomático partiendo de la idea de que los factores psicológicos puede afectar “adversamente” cualquier trastorno físico a través de alguna de las siguientes vías (Borda, 1996): a). Alterando el curso de la enfermedad, b). Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general (adherencia al tratamiento), c). Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo (sobreingesta en la diabetes), d). Precipitando o exacerbando los síntomas de una condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés (broncoespasmos en personas con asma bronquial) (Ballester, Arnal, 1997).

Hay que aclarar su nueva denominación en este manual de “Factores psicológicos que afectan a la condición médica”.

#### **I.4.2. Medicina Comportamental: definición, orígenes y características**

El término Medicina Comportamental fue utilizado públicamente por primera vez por Birk (1973) para describir los avances y las promesas del *Biofeedback* en el tratamiento de trastornos médicos como el asma, la epilepsia, los dolores tensionales y cefaleas y la enfermedad de Raynaud (Ballester Arnal, 1997). Surgió oficialmente a finales de la década del 70.

La ideología que la impulsa está relacionada con la posibilidad de ampliar el campo de trabajo de la psicología clínica, no sólo con problemas psicopatológicos sino también con la prevención y tratamiento de trastornos físicos.

En la conferencia organizada por la universidad Yale en 1977 se decidió que la medicina comportamental no debía definirse por teorías, instrumentos o hallazgos empíricos de ninguna disciplina o subdisciplina, consensuadamente la definieron como: *“es el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y las técnicas de la ciencia comportamental relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Las psicosis, neurosis y abusos de sustancias está incluidas solo en tanto en cuanto contribuyen a los trastornos médicos como punto final”* (Schwartz y Weiss, 1978, pág. 7; citado por Ballester Arnal, 1997). Esta disciplina busca integrar la medicina con las ciencias del comportamiento.

Fue un tema importante para los teóricos distinguir la medicina psicosomática de la medicina comportamental. Una de las diferencias marcadas estaba en relación a que mientras la medicina psicosomática había surgido de las ciencias biomédicas y estaba principalmente orientada a la investigación sobre la etiología de la enfermedad, la medicina comportamental provenía de las ciencias comportamentales (sociología, antropología, psicología, etc.) y estaba más orientada a la prevención y tratamiento de la enfermedad física (Ballester Arnal, 1997).

Independientemente de la posición que se tome a nivel teórico, la importancia está en la utilización de técnicas y conocimientos psicológicos para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades que se manifiestan a nivel físico.

En 1980 Matarazzo manifestó su preocupación porque la definición que se manejaba no reflejaba lo suficiente la importancia del mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad; por ello creó una subárea dentro de la medicina conductual, denominada Salud Comportamental, la cual también era interdisciplinar, promocionaba la responsabilidad personal en el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, la difusión de conocimientos y técnicas.

La **salud comportamental**, también conocida como salud conductual (Brannon y Feist, 2001), surge casi al mismo tiempo que la medicina conductual (sobre la cual establece las bases de su propia identidad). Su énfasis está puesto en trabajar con las personas que se encuentran saludables, mejorando su salud y previniendo la enfermedad, y no centrándose en el diagnóstico y tratamiento. Se basa en el análisis de la responsabilidad individual asociada a la salud y al bienestar y establece como parte de su marco de análisis los comportamientos y estilos de vida que mantienen o mejoran la salud.

Algunos autores consideran que los objetivos prioritarios de la **medicina comportamental** son: la investigación sobre la eficacia de intervenciones, la identificación de factores comportamentales modificables que reduzcan el grado o frecuencia de la enfermedad o dolencia, ampliar el abordaje a todas las enfermedades físicas, el establecimiento claro entre prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto permitiría comprender y caracterizar la medicina comportamental en términos claros y precisos como la interdisciplinariedad, el enfoque aplicado, atención a la prevención, intervención y rehabilitación, investigación clínica, entre otras.

#### **1.4.3 Psicología de la Salud y Medicina Comportamental**

Aunque algunos autores puede considerar que la Psicología de la Salud y la Medicina Comportamental son sinónimos (Bayés, 1985); para otros existen importantes diferencias entre ellas: según Kaptein y Van Roojen (1990, citados en Ballester Arnal, 1997), la Psicología de la Salud se diferencia de la medicina comportamental porque a diferencia de la interdisciplinariedad de la Medicina Comportamental, la psicología de la salud constituye una rama dentro de la psicología. También porque la psicología de la salud está más relacionada con la prevención, mientras que la medicina comportamental lo está con el tratamiento y la rehabilitación. Sin embargo, plantean que en la vida cotidiana estos términos no se separan tan claramente ya que los psicólogos que trabajan en el ámbito de la salud emplean elementos de ambos.

En referencia a lo dicho previamente, Brannon y Feist (1991, 2001) critican la segunda diferencia, afirmando que la psicología de la salud se encuentra interesada tanto en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como en el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación. También reconocen el solapamiento entre la Psicología de la Salud, la Medicina Comportamental y la Salud Comportamental, considerando que esto se debe a que al ser ciencias jóvenes es parte de su evolución el distinguirse de a poco.

Podemos resumir algunos aportes de la psicología como ciencia al campo de la salud en los siguientes: técnicas para modificación comportamientos y de conductas, ambos relacionados con el alivio del dolor, la reducción del estrés, la adhesión al tratamiento y el trabajo sistémico con el grupo de apoyo o de “impacto” de los pacientes.

#### **1.5 CREACION Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La historia de la Psicología de la Salud está íntimamente relacionada con la de la Psicología, como disciplina. Esto se debe al hecho de que muchos han sido los psicólogos que, previamente a la creación de la Psicología de la Salud, ya habían hecho importantes aportes al campo de la salud.

La Psicología, surge a finales del siglo XIX al empezar a aparecer los primeros libros con el término psicología en sus títulos, algunos de los autores fueron Wilhelm Wundt, William James, Stanley Hall, entre otros. El interés giraba, en aquel entonces, en torno a la aplicación de la psicología al dolor, la salud como valor central de la vida de una persona, la necesidad de formación psicológica en los estudiantes de medicina, buscando que ellos pudieran entender a la persona como un todo y no como un órgano o lesión (Ballester Arnal, 1997).

El movimiento que manifestaba la importancia de la formación en los factores psicológicos y su papel en la salud, fue logrando paulatinamente su objetivo entre los años 20 y 60. La investigación en la psicología clínica también dio un lugar importante a los síntomas físicos, a la aplicación de terapia en problemas que presentaran tanto síntomas físicos como psicológicos, también se realizaron algunos estudios sobre aquellas personas que utilizaban en demasía los servicios sanitarios. A partir de los años 40 y 50, se estudiaron de forma intensa formas para ayudar a solucionar los problemas físicos que se consideraba influidos por estresores (enfermedades psicosomáticas).

Alrededor de 1950 la investigación en psicología de la salud estaba relacionada con temas como los efectos de la personalidad o los estados psicológicos en la salud física, la relación del dolor con diferentes variables psicosociales, las variables relacionadas con la adherencia a los tratamientos médicos, las actitudes relacionadas con la salud, conductas de salud relacionadas con la sexualidad. La mayoría se habían realizado en torno al dolor, estrés y conductas. A partir de 1960 decrece el número de investigaciones sobre dolor y aumentan las relacionadas con actitudes y conductas de salud, volviendo el interés por conocer los procesos psicológicos en la salud física. Todo lo comentado sirvió de puntapié inicial para que aumentaran sustancialmente los estudios sobre todo en las décadas del 70 y 80. Esto permitió que se realizaran cambios institucionales que dieron lugar a la creación de la Psicología de la Salud, como un área dentro de la APA.

El período nombrado previamente estuvo caracterizado por mucha organización y comunicación entre los profesionales de la salud mental interesado en la creación de la Psicología de la Salud como disciplina para la investigación de la salud psicológica. En 1980 es elegido presidente de la misma Joseph Matarazzo, quien fue el encargado de proponer la primera definición de la nueva disciplina que fue altamente aceptada por todos sus miembros, *“la Psicología de la salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias”* (1980, pág. 815; citado por Ballester Arnal, 1997). A esta definición en 1982 Matarazzo le agregó lo siguiente *“así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria”* (1982, pág. 4, citado por Ballester Arnal, 1997). Este agregado estaba en relación a las funciones de la Psicología de la Salud.

Algunos factores que permitieron el afianzamiento de la Psicología de la Salud pueden ser: la aparición del modelo biopsicosocial, los cambios en las causas de muerte en los últimos siglos, la aceptación por parte de la comunidad científica acerca la variedad de factores que influyen en la génesis de las enfermedades, la diferencia entre el aumento de gastos en salud y la percepción de ausencia en los beneficios que los acompañen, la importancia que se le ha dado a la prevención y promoción de estilos de vida sanos, el reconocimiento de la necesidad cada vez mayor de trabajar en equipos interdisciplinarios, la creciente importancia que han tomado las técnicas comportamentales, y por supuesto, el apoyo institucional.

### **1.5.1 Definiciones de la Psicología de la Salud**

La psicología de la salud busca conocer las modificaciones que acompañan la reacción de la persona ante una enfermedad, realiza recomendaciones en pos de mejorar la relación paciente-personal de salud, estudia los aspectos relacionados con el desarrollo de hábitos de

salud, etc. En resumen, la atención de la Psicología de la Salud parecería focalizarse, principalmente, sobre la promoción y mantenimiento de la salud.

En 1986, Taylor (citado en Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994) la definía como un campo dentro de la psicología que busca comprender la influencia de las variables psicológicas en el estado de salud, conocer el proceso para llegar a la salud y conocer como una persona se encuentra cuando se enferma.

Latorre Postigo y Beneit Medina (1994) toman la definición de Psicología de la Salud propuesta por Matarazzo. Esta definición, oficial, también ha sido citada por Ballester Arnal (1997), quien hace hincapié en entender la importancia de cada parte de esa definición. Afirma que si bien es importante centrarse en la responsabilidad individual del mantenimiento de la salud y la sensación de bienestar, es importante, también, tomar en cuenta los contextos sociales, económicos y políticos que influyen en las conductas de la salud.

Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998; citado por Oblitas Guadalupe y otros, 2004) llaman la atención sobre cuatro aspectos de la definición de Matarazzo: a). Promoción y mantenimiento de la salud (a través de una adecuada nutrición, ejercicio físico diario, aprendizaje en la resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etc.), b). Prevención y tratamiento de la enfermedad (modificando hábitos, aprendiendo nuevos estilos de vida para superar determinadas enfermedades, etc.), c). Estudio de la etiología y correlatos de salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarezcan causas, etc.), y d). Estudio del sistema sanitario y formulación de políticas de salud. Éstas son las intervenciones que desde la psicología de la salud se van a realizar en pos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como objetivos máximos, teniendo en cuenta que el sujeto es un agente de salud responsable de su propia salud. Estos cuatro aspectos, considerados por Matarazzo, son entendidos como funciones del psicólogo de la salud (Ballester Arnal, 1997).

En lo que se refiere a su **objeto de estudio**, algunos autores consideran que, a grandes rasgos, debe estudiar los mecanismos de relación entre el comportamiento y la salud. Si pretendemos ser un poco más específicos los **objetivos prioritarios** que la División de la Psicología de la Salud estableció son (Buela-Casal y Carrobbles, 1996, citado en Ballester Arnal, 1997):

- a) Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- b) Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- c) Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- d) Entender cómo los métodos y las técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- e) Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea crear o aumentar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- f) Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.

- g) Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a la relación médico-paciente se refiere.
- h) Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
- i) Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familiares, y
- j) Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Como se ha comentado, aún a finales del siglo XX principios del XXI el concepto de Psicología de la Salud no es universalmente aceptado, según Echeburúa (1993, citado por Ballester Arnal, 1997), se entiende a la Psicología de la Salud en al menos cuatro sentidos diferentes: 1). Como punto de referencia del papel de la psicología como ciencia y como profesión en la Medicina; 2). Como sinónimo de Medicina Comportamental; 3). Como sustituto del término Psicología Clínica y 4). Como un término que comprende y amplía el de Psicología Clínica

Esto parece deberse a la “juventud” de esta disciplina; algunos autores consideran que es necesario trabajar activamente en la delimitación teórica y práctica de la Psicología de la Salud. En relación a esto, podemos pensar la definición que toman Brannon y Feist (2001), en la cual la consideran como un campo de la psicología que se relaciona tanto con la medicina conductual como con el estudio de la salud conductual, donde la idea que se maneja es la integración teórico-práctica de los conocimientos. Es decir, tener en cuenta que a grandes rasgos busca realizar el estudio científico del comportamiento relacionado con la mejora de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

### **I.5.2 Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud**

Weinman (1990, citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994) habla de las direcciones de la psicología de la salud en relación al estudio teórico y práctico de: 1). Los comportamientos como factores de riesgo para la salud, 2). El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (Inmunizadores), 3). Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad, 4). La comunicación, toma de decisiones y adherencia, 5). El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos y, 6) El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

### **I.6 RECAPITULACIÓN Y PUNTUALIZACIONES**

Para esta investigación se ha considerado el concepto de salud, desde una perspectiva positivista, como algo que no es para conservar sino más bien para desarrollar. Es interesante la mirada de la psicología de la salud por que la considera como parte de un continuum matizado (no se la entiende en función de polos opuestos).

La idea de enmarcar este estudio, acerca del cáncer de mama, desde la psicología de la salud, se relacionó fundamentalmente con una de las tendencias que le dieron lugar, a saber,



el reemplazo de las enfermedades infecciosas por las crónicas, en lo que hace a las potenciales causas de muerte y/o salud.

Si una enfermedad crónica, por definición persiste durante mucho tiempo, se plantearon varios interrogantes: ¿Qué sucede con la concepción de salud de las personas que las padecen? ¿Se consideran saludables? ¿Podemos hablar de grados de salud? Estas preguntas permitieron pensar que cada persona construye su idea de salud de acuerdo a sus creencias, motivaciones y también recursos (que siente poseer o a los que cree que puede acceder). Esto también llevó a cuestionar acerca de cómo este concepto personal de salud puede llegar a influir en el estilo de vida que lleva una persona, qué comportamientos relacionados con la salud pueden existir previos a un diagnóstico y qué sucede con ellos luego de él así como en las distintas etapas de la enfermedad.

El cáncer es una enfermedad multideterminada, su evolución puede ser influenciada por la biología, psicología y el aspecto social de la persona. Desde la concepción de salud de este enfoque (considerada como un estado físico y mental relativamente libre de malestar y dolor que le permiten a la persona funcionar de manera eficaz por todo el tiempo que sea posible, de acuerdo al entorno en el que se encuentra) dio lugar a pensar en que aún en personas que padecen una enfermedad crónica tan seria como el cáncer, se puede trabajar sobre la salud, también comprender que el padecer una enfermedad no implica una pérdida rotunda de la salud, sino una modificación dinámica de este constructo personal que acompaña la evolución de la vida de cada persona.

El concepto de hombre elegido se refiere a un ser activo que procesa la información proveniente de él mismo, a partir de sus valores y creencias, lo mismo sucede con la información que procesa de su medio. La Psicología de la Salud tiene en cuenta todos estos factores, considerando las diferencias individuales, y así hace referencia a la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

Esta idea de hombre, en continuo intercambio e interacción con el medio, que responde a demandas (tanto internas como externas) y que no siempre se encuentra en condiciones de satisfacerlas a todas sino que a veces se ve obligado a adaptarse a algunas de ellas, nos permite flexibilizar nuestra mirada acerca de las formas en que se puede afrontar, controlar y significar una situación determinada.

La Psicología de la Salud se apoya en el Modelo Biopsicosocial y le debe sus características más generales, buscando como objetivos primeros la promoción y el mantenimiento de la salud y la calidad de vida, trabajando en conseguir y/o mostrar estilos de vida y comportamientos saludables, considerando los potenciales de salud de cada persona; siempre pensando a la persona como el principal responsable de su salud.

Esta investigación intenta poner en práctica los cuatro aspectos mencionados por Matarazzo sobre las funciones de la Psicología de la Salud:

1. Promoción y sostenimiento de la salud: este trabajo busca identificar las estrategias de afrontamiento y describir las características del locus de control de los entrevistados, así como conocer el significado psicológico de la palabra "cáncer" y "salud" para, de esa manera, conocer que características de cada una de estas variables componen la concepción de salud y le sirven a los entrevistados para elaborar y manejarse con esta idea.
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad: este objetivo puede cumplirse al conocer un poco más, por medio de las diferentes investigaciones, acerca de aquellos

aspectos que generalmente aportan bienestar y elevar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad; además los datos que aporta de cada persona pueden ayudar a desarrollar, a nivel general, estilos de vida más saludables para cada sujeto. Se pueden prevenir estados perjudiciales para la evolución de la enfermedad, identificar factores obstaculizadores o incentivos de la evolución de la enfermedad.

3. Estudio de la etiología y correlatos de salud, enfermedad y disfunciones: existe la posibilidad de encontrar algunas relaciones entre las variables medidas, esto aportaría información valiosa a la hora de elaborar intervenciones que apunten al bienestar, calidad de vida y quizás a una mejora en la evolución de la enfermedad.

4. Estudio del sistema sanitario y formulación de políticas de salud: en este sentido, considero que la evaluación psicológica debería ser considerada un paso más del protocolo para el tratamiento de personas que padecen cáncer ya que la información brindada por esta permitirá estimular la modificación de comportamientos, pensamientos, etc. que sean perjudiciales para el bienestar de la persona. Si está comprobado que la intervención terapéutica psicológica influye positivamente el estado general de salud de las personas que padecen cáncer, por qué no incluirlo dentro de los tratamientos oncológicos.

## CAPITULO II

### ENFERMEDADES CRÓNICAS

Y

### CÁNCER DE MAMA

## **II.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS**

### **II.1.1 Definición**

Una **enfermedad crónica** puede ser definida (según Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994) como *aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo.*

### **II.1.2. Introducción**

Más de la mitad de la población padece de alguna condición crónica que requiere de la atención de los servicios sanitarios, tanto para los trastornos crónicos relativamente mas benignos como para los más graves y complejos como el cáncer, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

Factores como los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés junto con los factores hereditarios, pueden estar relacionados con la etiología de estas enfermedades. La cronicidad supone que a los efectos negativos que la enfermedad tiene sobre la salud y el bienestar general se agrega la característica de permanencia (esto es sumamente estresante).

El estrés que acompaña a este tipo de enfermedades es consecuencia de las variadas demandas de ajuste a las que tiene que hacer frente el sujeto y, a su vez, depende de factores como la duración de la enfermedad o los síntomas, la intensidad, la gravedad, y la interpretación y valoración que la persona hace de su situación. En relación a lo último, hay que tener en cuenta que todas las personas sostenemos creencias acerca de la naturaleza de las enfermedades (agudas, cíclicas y crónicas), creencias sobre las causas (es decir, teorías acerca del origen) y creencias sobre la controlabilidad.

Los *problemas físicos* asociados a la enfermedad crónica pueden ser directamente relacionados con el trastorno (dolor, cambios metabólicos, dificultades respiratorias, inclusive en algunos pueden estar en relación a deterioros cognitivos). A su vez, existen problemas físicos derivados de los tratamientos de la enfermedad (pérdida de cabello, náuseas en la quimioterapia; aumento de peso e impotencia sexual en los tratamientos farmacológicos para la hipertensión, etc.). Además, encontramos *problemas laborales y sociales* asociados a la enfermedad que tienen que ver con la reinserción al puesto o cambios en su situación laboral (cambios de puesto o de responsabilidades, etc.); esto es acompañado a mayor escala por dificultades en las *relaciones interpersonales*, a veces, por el hecho de encontrar difícil el retomar contactos previos, también en relación con las reacciones de los demás una vez enterados de su situación de salud. En la familia y amigos más cercanos se dan dificultades por adaptarse a la nueva condición de la persona como enfermo crónico, y la posible situación de dependencia que se instaure en el sistema.

Una de las tareas más importantes de los profesionales de la salud es la de orientar de forma realista a los pacientes acerca de sus posibles limitaciones, los acontecimientos que se pueden dar en la evolución de la enfermedad y trabajar en conjunto con ellos para establecer los objetivos a perseguir. A la larga, muchos pacientes superan la fase crítica de las enfermedades crónicas y encuentran un nuevo sentido a sus vidas, reordenan sus prioridades

e incluso pueden llegar a establecer metas que no existían anteriormente (Taylor, 1983, citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994).

Debemos tener en cuenta que el proceso de adaptación a una enfermedad crónica, Oblitas Guadalupe y otros (2004), contempla distintas variables que interactúan entre sí:

a). *Variables asociadas con la condición crónica en sí misma*: los síntomas, la parte del cuerpo afectada, las limitaciones funcionales asociadas, curso de la condición, presencia de dolor, duración, efecto en la apariencia, consecuencias secundarias de la medicación, efectos de las modalidades de tratamiento, etc.

b). *Variables asociadas con las características sociodemográficas*: edad, género, orientación o preferencia sexual, etnia, posición socioeconómica, religión, nivel de educación, estado civil, ocupación.

c). *Variables asociadas con los atributos psicológicos y la personalidad*: incluyen entre otras, autoestima, autoeficacia, control percibido, sentimiento de coherencia, fuerza del yo, optimismo, imagen corporal, atribución de significado personal a la condición, actitudes personales, creencias y valores, activación emocional y nerviosismo, tolerancia al dolor, habilidad cognitiva, mecanismos de defensa, así como los estilos, estrategias y habilidades de afrontamiento (Livneh y Antonak, 1997; Shontz, 1973; Whitman, 1999; Zeider y Endler, 1996; citados por Oblitas Guadalupe y otros, 2004).

d). *Variables asociadas con las características ambientales externas*: son elementos del ambiente físico y social que influyen sobre la adaptación psicológica a la enfermedad crónica; incluyen aislamiento social y sensorial, restricción de la movilidad, barreras arquitectónicas, obstáculos actitudinales, estigma social, disponibilidad de sistemas sociales de soporte o ayuda, posibilidades financieras, condiciones de vida y oportunidades laborales, etc.

## II.2 CANCER

### II.2.1 Epidemiología

La enfermedad conocida como cáncer es un problema de salud pública mundial de primer orden, siendo la segunda causa de muerte en países desarrollados luego de las enfermedades cardiovasculares.

Si bien las neoplasias pueden desarrollarse a cualquier edad, se presenta más frecuentemente en personas en edad avanzada. Esto implica, a nivel estadístico, que a medida que se prolonga la expectativa de vida de la población existen más posibilidades de que más personas desarrollen esta enfermedad.

Aproximadamente, los factores ambientales son responsables del 80% de los tumores malignos, mientras que solo el 20% restante se le puede atribuir a los factores tanto endógenos como genéticos.

Según Brannon y Feist (2001) la mayor parte de los factores de riesgo para contraer cáncer dependen de la conducta personal y el estilo de vida, especialmente el tabaquismo y la alimentación inadecuada. Estos no son los únicos factores conductuales conocidos, sino que también se relacionan con el cáncer: el alcohol, la inactividad física, la exposición a luz ultravioleta y el comportamiento sexual.

### II.2.2 Etiología

Se considera a ésta como el estudio de los posibles factores responsables de la aparición y desarrollo de las patologías. Específicamente en el caso del cáncer, estos factores se los llaman agentes causales o carcinógenos (que pueden ser exógenos o endógenos) y al proceso que da lugar a la **neoplasia** (nuevo crecimiento) se lo denomina carcinogénesis.

Casi cualquier tejido del organismo tiene posibilidades para desarrollar un estado maligno y, a veces, hasta pueden desarrollar más de un tipo; si bien, no hay que olvidar que cada cáncer posee características únicas es importante tener en cuenta que el proceso básico por el que se origina es muy similar en todos.

El cáncer se inicia con la aparición de una estructura celular que crece y prolifera autónoma y descontroladamente, de forma rápida y a partir de una única célula somática (en la mayoría de los casos). En la iniciación del cáncer hay dos clases de genes que son sumamente importantes los oncogenes y los genes supresores, mientras los primeros ordenan y estimulan el crecimiento celular, los segundos inhiben y suprimen la proliferación, en caso de que estos últimos se alteren o pierdan, el resultado será el crecimiento celular.

Como he mencionado anteriormente, en cuanto a la etiología del cáncer, podemos hablar de factores exógenos y factores endógenos (Di Paolo, 2003, Tesis de Licenciatura "Calidad de Vida y la vivencia personal de sentido en personas con cáncer", Mendoza):

#### Factores Exógenos

Generalmente los cánceres se originan por factores exógenos o también conocidos como ambientales (debido a que proceden desde fuera del sujeto). Algunos de ellos son:

- **Las radiaciones ultravioletas e ionizantes:** la radiación genera modificaciones en la molécula de ADN celular, lo que puede iniciar la carcinogénesis. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel y leucemia, por ejemplo.

- **El tabaco:** por sí solo representa alrededor del 30% de los factores exógenos y más del 75% de las causas de muerte. Cuando coexiste con el alcoholismo aumenta 35 veces el riesgo de padecer cáncer de lengua, mucosa oral, laringe y esófago. Se ha determinado que la muerte por cáncer de pulmón es 6 veces más común entre fumadores que entre no fumadores.
- **La alimentación:** las grasas animales, las comidas saladas o ahumadas, productoras de benzopireno se relacionan con alta incidencia de cáncer gástrico. A este riesgo también se le suma el exceso en el consumo de colorantes y conservantes (del tipo de nitritos o nitratatos conocidos carcinógenos a nivel experimental). Es recomendado el bajo consumo de grasas, privilegiando las insaturadas (aceite de oliva, pescados, etc.), ingesta de fibras, entre otros.
- **El alcohol:** es un inmunosupresor crónico; su ingestión prolongada implica déficits de nutrientes. Es considerado un factor responsable de carcinomas de estómago, de las vías aéreas y del hígado induciendo la aparición de hepatocarcinomas cuando a la base se encuentra una cirrosis previa y de la cavidad oral cuando se dan junto con el tabaco.
- **Algunos fármacos y hormonas:** estos factores tiene muy baja tasa de causalidad. Por ejemplo, se considera como factor de riesgo en el cáncer de mama la exposición prolongada al estrógeno.
- **El medio laboral y la contaminación ambiental:** estos factores son minimizables tomando las medidas preventivas adecuadas. Algunos de los productos que se conocen por su incidencia en el cáncer son el benzopireno, el arsénico, el asbesto, entre otros.
- **Virus:** se tratan de retrovirus que se insertan en las células y generan mutaciones en el ADN, activación de proto-oncogenes, así como la inhibición de genes supresores promoviendo así la carcinogénesis. Algunos virus conocidos por esta propiedad son: el virus de la Hepatitis B (Hepatocarcinoma), virus del papiloma humano (carcinoma de cérvix), virus de Epstein Barr (Linfoma de Burkitt y carcinoma nasofaríngeo), HTLV tipo 1, 2 y 3 (leucemia linfoma T del adulto, Leucemia de “células peludas” y Sarcoma de Kaposi).

#### Factores Endógenos

Estos factores son difícilmente controlables por el ser humano. Según los datos recopilados por Brannon y Feist (2001), los factores genéticos y hereditarios son responsables de algunos tumores. Así, solo de un 1 a 2 % de los cánceres son hereditarios (Ellenhorst-Ryan, 1997), pero la predisposición genética puede interactuar con otros factores de riesgo para incrementar el riesgo de contraer cáncer en cualquier individuo. El hecho de que la madre o la hermana de una mujer hayan desarrollado a edad temprana esta enfermedad, duplica o triplica su riesgo a contraerla. Observando esta cuestión desde un enfoque distinto, aproximadamente un tercio de todas las mujeres con cáncer de mama presentaba antecedentes familiares de esta enfermedad (Esplen y colaboradores, 1998).

#### II.2.2.1 Carcinogénesis

En el funcionamiento normal del organismo las células se producen y reproduce según instrucciones específicas; esto permite que cada tejido mantenga su estructura y tamaño de forma adecuada a las necesidades del cuerpo. Las células cancerosas no responden a los

controles y proliferan de acuerdo a sus propias instrucciones internas. Otra característica que las diferencia de las células normales es que tienen la capacidad de trasladarse de lugar, invadir otros tejidos y formar nuevas masas en ellos. Con el tiempo, estas células se vuelven más agresivas y letales porque comienzan a dañar los tejidos y órganos vitales. La transformación maligna de una célula acontece después, por acumulación de mutaciones en genes específicos.

Las células normales del organismo tienen propiedades idénticas y específicas para cada tejido u órgano determinado así como la misma forma, tamaño y funciones de crecimiento y reproducción, es a tal punto la programación que además de los aspectos mencionados anteriormente también se regula la muerte de las células. Esta información se encuentra en el material genético de la célula (lo que posibilita que estas propiedades sean transmitidas a las células hijas).

Si un agente carcinógeno afecta el material genético de la célula normal, los cambios producidos pueden hacer que ésta pierda todas o algunas de las características de la célula normal. Así pierden su forma, función y tamaño, se acelera la velocidad de crecimiento y reproducción, volviéndose autónomas e independientes de los controles normales. Estos cambios se transmiten a la descendencia de las células mutadas de manera irreversible.

A partir de este proceso se va formando la masa tumoral. A medida que va creciendo la masa tumoral adquiere una propiedad denominada "invasión" que le posibilita dañar los tejidos vecinos. Al mismo tiempo, se van desprendiendo del tumor células neoplásicas que viajan a través de la corriente sanguínea localizándose en focos secundarios desarrollando, también allí, un tumor secundario con las mismas características y propiedades del tumor original. A este proceso de migración se lo conoce con el término de "metástasis". Otra vía para la metástasis es a través de los vasos linfáticos, las células cancerosas se dirigen hacia los ganglios. La diferencia entre estas dos vías es que mediante la vía sanguínea los tumores abordan directamente los órganos vitales como el cerebro, hígado, pulmón, etc. (lo que implica un peor pronóstico) mientras que por vía linfática las células terminan "atascándose" en alguna zona ganglionar cercana al tumor.

Ambas propiedades, tanto invasividad como metástasis son de mal pronóstico en cuanto a la evolución de la enfermedad: implican que el tumor ya no es localizado (*in situ*) y se convierte en una amenaza para los diferentes órganos que puede dañar a través de su diseminación.

Ahora bien, hay que tener presente que los agentes causales de la carcinogénesis actúan de manera ordenada en dos etapas (Di Paolo, 2003):

En la **primera fase** los agentes inductores o carcinógenos inician el proceso. Empiezan los cambios del material genético en la molécula del ADN, que en un principio son relativamente reversibles y seguidos de intentos por reparar los daños. Una vez que la célula ha mutado más allá de la reparación, continúan produciéndose mutaciones, en este caso, estimuladas por los mismos agentes que en su conjunto se denominan "agentes promotores" (carcinógenos incompletos o cocarcinógenos).

El material genético que es afectado por las mutaciones es un grupo de genes denominados **proto-oncogenes**; estos son los encargados del crecimiento y diferenciación celular. Cualquier variación genética sucesiva producida en una célula llevara a una serie de cambios activando el crecimiento y la diferenciación celular. Junto a esto aparece la inmortalidad celular (pierden la propiedad de apoptosis o muerte programada). El modelo de



oncogénesis para el cáncer humano supone la existencia de oncogenes naturales inactivos (proto-oncogenes) cuya mutación y activación desarrollaría el proceso de carcinogénesis.

Al bloqueo que ejercen los genes supresores sobre la promoción neoplásica se une el esfuerzo del sistema inmunológico, el cual está capacitado para destruir células mutadas y tumores.

En la **Etapa Preclínica** el tumor crece y duplica su tamaño hasta el punto en que es detectable por la persona o un profesional de la salud. Con este descubrimiento se ingresa a la **Etapa Clínica** en la que sigue aumentando de tamaño, además de que comienza la invasión local y la diseminación. Estos fenómenos, a veces, se producen en la fase anterior ya que al momento del diagnóstico pueden presentarse micrometástasis.

Toda la enfermedad, durante el curso de su evolución, se desarrolla como una enfermedad sistémica provocando la aparición de síntomas y situaciones relacionadas con la expansión del tumor. Ya hemos mencionado que la malignidad de un tumor viene dada por la propiedad de invasión y por la de metástasis, que puede suponer la pérdida de la capacidad de curación y la entrada en la **Etapa terminal**. En esta etapa el organismo se va deteriorando, aparecen nuevos síntomas a nivel psíquico, social e inclusive moral llegando a la muerte por distintos procesos. La mayor parte de las veces la muerte se relaciona con la progresión del tumor que lesiona y compromete los órganos vitales provocando un "Fallo Multiorgánico". También puede producirse por patologías asociadas al cáncer como son la hipercalcemia, la coagulación intravascular, etc.; junto a esto también esta la posibilidad denominada "muerte toxica" que se relaciona con la agresividad de los tratamientos empleados. Una asociación poco común es el suicidio por patología psiquiátrica sobreañadida: depresión y desesperación.

### **II.2.2.2 Fases de Adaptación al cáncer**

Las reacciones adaptativas que se manifiestan en el paciente están relacionadas con la necesidad de hacer frente al dolor y las dificultades, acomodarse al ambiente hospitalario y los procedimientos de evaluación, entablar relaciones satisfactorias con el personal sanitario, mantener un cierto equilibrio emocional, conservar una autoimagen positiva, cuidar las relaciones afectivas y de apoyo, prepararse para afrontar la incertidumbre del futuro.

Enfrentarse al cáncer no es un evento aislado sino un proceso a lo largo del cual se pueden estudiar diferentes etapas o fases, de duración variable, con determinadas reacciones emocionales (Rowland, 1989):

Fase inicial o aguda: se caracteriza por una respuesta inicial de choque y desconcierto, donde se producen reacciones de incredulidad, negación del diagnóstico y sentimiento de desesperanza, anticipación del dolor y muerte (Rowland, 1989). En esta fase se ven afectadas profundamente las actividades cotidianas (al igual que en las enfermedades agudas). Con posterioridad, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social, donde su percepción de autoeficacia se ve disminuida ya que no pueden resolver los problemas como en otros momentos esto se asocia a sentimientos de ansiedad, miedo, desorganización, ira, etc. Además, estas personas deben asumir, psicológicamente, el papel de paciente *crónico*, adherir a su tratamiento y nuevo estilo de vida adaptándose al trastorno.

La fase aguda o crítica de la enfermedad crónica se da inmediatamente luego de comunicado el diagnóstico. Una vez que el paciente pasa la fase crítica, comienza un largo período que plantea a la persona problemas y dificultades derivados de la enfermedad, que en

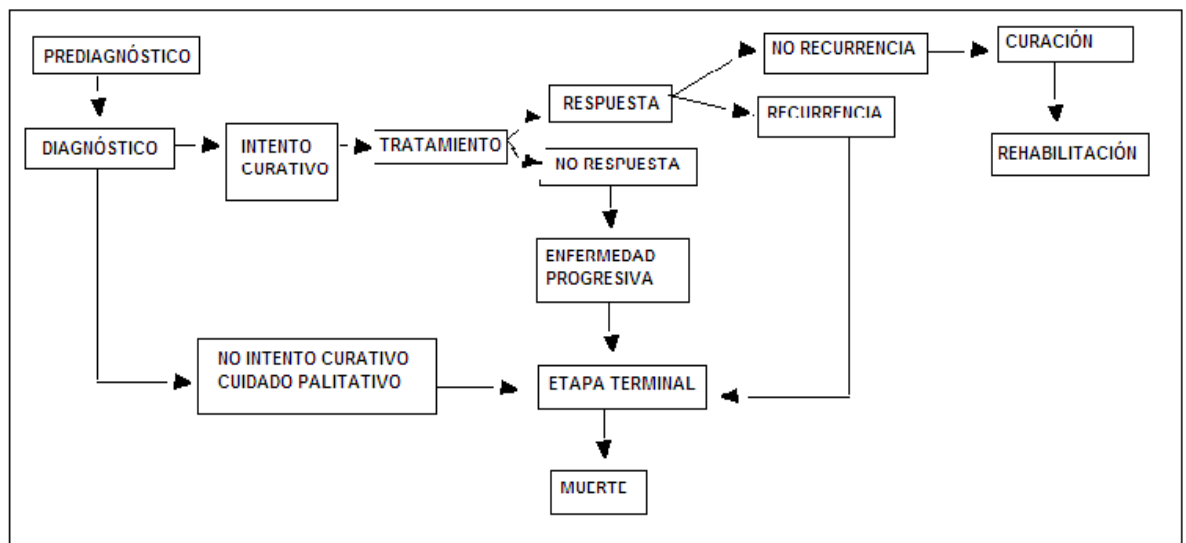
muchos casos necesitarán de una intervención rehabilitadora de aspectos tanto físicos como psicológicos, sociales, y más específicamente laborales.

-Fase intermedia: se caracteriza por una respuesta de disforia, gran malestar e irritabilidad, con reacciones de ansiedad tales como anorexia, insomnio, falta de concentración, disminución de la actividad cotidiana, rumiación sobre pensamientos mutilantes y dolorosos, y miedo a la muerte. Se manifiesta también un sentimiento de preocupación por la familia y depresión por no haber realizado determinadas actividades o proyectos, con el temor y en algunos casos, convencimiento, de que ya no se dispone de tiempo suficiente para llevarlos a cabo. En general, supone una ruptura con la vida anterior (Rowland, 1989).

-Fase de adaptación: la persona acepta la situación, se muestra más optimista y pone en marcha mecanismos de afrontamiento tales como la recogida de información sobre su caso concreto, la reorganización de su estilo de vida, etc. (Rowland, 1989).

En aquellos en los que se realiza una intervención mutilante que provoca cambios físicos (por ejemplo una mastectomía) se observa un conflicto dual en la fase post-operatoria en la que al mismo tiempo que se experimenta euforia por haberse librado del tumor aparecen sentimientos depresivos causados por la desfiguración. En el caso concreto de la mastectomía, se produce una desadaptación a la nueva imagen corporal por la falta de la mama, ocasionando sensación de mutilación, de pérdida de la femineidad y baja autoestima (Salvatierra, 1995).

### II.2.3 Curso clínico del cáncer



\*Cuadro 1: Curso clínico del cáncer. Etapas: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, terminal (Adaptado de Holland, 1973; citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994)

## **II.2.4 Enfoques teóricos del cáncer**

### *Algunas definiciones*

El oncólogo Sir Rupert Willis (Centeno, Noelia 2004; Tesina de Licenciatura "Afrontamiento y Oncología pediátrica: fortalezas familiares ante el desafío del cáncer en un hijo"; UDA, Mendoza) define a las neoplasias como una masa anormal de tejido cuyo crecimiento sobrepasa a los tejidos normales y no se halla coordinado con él; hace referencia a que el carácter excesivo de esta se mantiene aún cuando el estímulo que provocó el cambio ha desaparecido. Se vuelve contra el huésped en la medida en que compite con los tejidos normales por el suministro de energía y sustrato nutritivo, y se comporta de manera autónoma.

*"El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control."* (Brannon y Feist, 2001; pág. 323).

"El cáncer, también llamado enfermedad neoplásica, no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y dando metástasis." (Matías y Llorca, 2002).

Otro autor, Robbins C. K. (1992) lo define como una enfermedad sistémica que ataca a las células de los seres vivos, en los cuales a raíz de mutaciones en su material genético se altera el control del crecimiento celular, haciéndolo de forma anárquica e independiente y desenlazando en la aparición de una masa celular llamada tumor.

El cáncer se produce a causa de mutaciones en las células somáticas a diferencia de las enfermedades genéticas en las que las mutaciones se producen en las células germinativas, de cualquier manera puede existir alguna predisposición hereditaria para el desarrollo de un cáncer. Otra diferencia es que el cáncer es resultado de una acumulación (de 3 a 20 genes según el tipo de cáncer) de mutaciones en los genes que regulan la multiplicación celular, mientras que las enfermedades genéticas están relacionadas con una mutación aislada. Esta es otra razón por la que el cáncer suele presentarse con mayor frecuencia en personas de edad avanzada (requiere de años para acumular muchas mutaciones). Además, se ha comprobado que, la disminución en el ión de magnesio y de calcio aumenta las posibilidades de desarrollo de un cáncer, así como reduce la velocidad de crecimiento.

El cáncer se desarrolla formando tumores que pueden ser clasificados como benignos (pueden interferir en algunas funciones orgánicas pero no se esparce a otras partes del cuerpo) y como malignos, o comúnmente denominados "cáncer" (cuando no solo invaden y dañan el tejido corporal normal, sino que por medio del proceso de metástasis forman tumores secundarios en otras partes del cuerpo). Los benignos no ponen en peligro la vida del paciente, su crecimiento es localizado (suelen estar separados de otros tejidos por una cápsula), mantiene la misma estructura que el tejido original, pero a veces pueden producir alteraciones por obstrucción, compresión o desplazamiento de estructuras vecinas.

En cambio, los tumores malignos tiene la capacidad de infiltrarse en tejidos vecinos, fuera de su lugar de origen, también pueden hacerlo a distancia (metástasis); otra característica es que se dividen con una rapidez mayor a la normal. Estos cánceres pueden, a veces, permanecer localizados y encapsulados por algún tiempo, ejemplo de esto es el carcinoma in situ de ovario o mama. Aunque hay que señalar que la mayoría no permanece en

su lugar de origen sino que invaden tejidos próximos, ingresan al sistema circulatorio y proliferan a distancia.

Esta forma latente puede mantenerse durante varios años, hasta que por diferentes razones se activa y produce un cáncer recurrente; es debido a esta posibilidad que el portador de cualquier tipo de cáncer debe mantener controles permanentes.

Los cánceres pueden presentarse de diferentes maneras de acuerdo al lugar donde se produce la carcinogénesis: a). **Sarcomas** (se desarrollan a partir de células del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo), b). **Carcinomas** (proceden de tejidos epiteliales como la piel, los revestimientos de cavidades y órganos y los tejidos glandulares de la mama y la próstata) dentro de este grupo se incluyen los cánceres más frecuentes, c). **Leucemias y Linfomas**, atacan los tejidos que forman las células sanguíneas (ganglios linfáticos y tejidos del sistema inmune).

**Las leucemias** son cánceres de células inmaduras en la sangre, producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo produciendo inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras, las cuales desplazan a las maduras, trayendo como consecuencia que al ser inmaduras no puedan cumplir con su función de lucha contra las infecciones. A su vez, la médula al ser invadida por estas células inmaduras no puede fabricar los suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno a otras partes del cuerpo. **Los linfomas** se dividen entre Enfermedad de Hodgkin y los linfomas no-Hodgkin que incluyen una cantidad de enfermedades; son cánceres del sistema linfático.

Tanto la localización como la vía de propagación de la metástasis varían en función de los cánceres primarios. Cuando un cáncer invade la superficie del órgano de origen, las células pueden propagarse desde esta superficie a la cavidad vecina o a órganos adyacentes, donde genera tumores secundarios. Otra posibilidad es que las células tumorales viajen por el interior de los vasos linfáticos hacia los ganglios o también hacia los vasos sanguíneos. Muchos cánceres envían rápidamente sus células por el torrente sanguíneo, de manera que mientras algunas de estas mueren, otras tienen posibilidades de invadir y penetrar en el sistema vascular y en los tejidos. Si éstos presentan condiciones favorables para el desarrollo de la célula tumoral (entre otras cosas, la presencia de un medio local de tipo ácido) se pueden multiplicar produciéndose una metástasis.

Generalmente, las células de un cáncer conservan las características físicas y biológicas del tejido original, aún estando diseminadas. Algunos tumores glandulares pueden ser identificados por producir de forma indiscriminada la misma hormona producida por el tejido del que proceden, también pueden responder a las mismas hormonas que controlan esos tejidos en condiciones normales. Esto explica la razón de realizar estudios endocrinológicos adicionales, así como estudios sobre minerales que regulan el sistema hormonal.

Justamente, una de las formas de estudiar la agresividad y malignidad de un cáncer consiste en considerar cuán diferente se presenta de su tejido originario, teniendo en cuenta que el crecimiento no solo depende del tipo celular y el grado de diferenciación, sino también de factores dependientes del paciente como la estabilidad de su sistema inmunológico y de su metabolismo. Al evolucionar, el tumor es cada vez menos diferenciado y crece más rápido. Es posible que pueda desarrollar cierta resistencia a la quimioterapia o a la radiación.

## **II.3 CÁNCER DE MAMA**

### **II.3.1 Introducción y Epidemiología**

El cáncer de mama se ha convertido en una preocupación mundial. Las estadísticas plantean que 1 de cada 10 mujeres desarrollará alguna variedad, y que 1 de cada 5 mujeres serán sometidas al procedimiento diagnóstico denominado "biopsia". Más del 25% de los cánceres diagnosticados en la mujer son cánceres de mama, le siguen el de pulmón, el de ovarios y el de colon.

Según el Instituto Nacional del Cáncer, el riesgo de por vida que tiene una mujer de desarrollar cáncer de mama es más del 13% (una en siete), mientras que el riesgo de por vida de desarrollar cáncer de ovarios es poco mayor al 1% (uno en cincuenta y ocho). Aproximadamente del 5 al 10% de los cánceres de mama y de ovario se deben a factores genéticos predisponentes conocidos. Esto significa que, de hecho, la mayoría de los cánceres de mama y ovario no son hereditarios. Solo un pequeño porcentaje de los cánceres incluye mutaciones hereditarias que se transmiten de una generación a otra. La mayoría se los atribuye a mutaciones adquiridas (esto quiere decir que las mutaciones se producen únicamente en el tejido afectado por el cáncer y no en todas las células del cuerpo). Las mutaciones adquiridas no se heredan ni transmiten a los hijos.

Algunos de los síndromes genéticos asociados con un mayor riesgo de cáncer de mama son: Síndrome hereditario de cáncer de mama y de ovario (BRCA1/BRCA2), Síndrome de Peutz-Jeghers, Síndrome de Li-Fraumeni, Síndrome de Cowden y Ataxia Telangiectasia (A-T).

El cáncer de mama es una enfermedad netamente predecible dentro de la oncología femenina, de cualquier manera, los hombres también pueden padecer cáncer de mama aunque es un hecho estadísticamente poco común (cada 100 casos de cáncer de mama menos de 1 se da en un hombre). El siguiente factor de riesgo en importancia es la edad: la probabilidad de sufrir cáncer de mama a los 25 años es de 1 en 20000, a los 35 el porcentaje aumenta de 1 entre 600 y a los 50 años la relación es de 1 entre 50. El grupo de mayor riesgo lo componen las mujeres que han pasado la menopausia.

Según los datos proporcionados por el Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y Mama, en nuestra provincia la tasa de mortalidad por Cáncer de Mama está levemente por encima de la media nacional, tanto en los datos registrados en los períodos anuales del 89 al 92 y desde 97 al 2001 con tendencia ascendente hacia la década de los 90 (691 casos= 21,1 por 100.000, versus 1048 casos= 22,3 por 100.000, del total para todos los sitios tumorales). Existe un cálculo aproximado de la relación incidencia/mortalidad para Cáncer de Mama que es de 55/21.

En la provincia, las tasas de mortalidad varían por departamentos; siendo en orden decreciente el gran Mendoza, el oasis este y el oasis sur. La población femenina total de Mendoza, según el censo 2001, es de 825.900 mujeres. El total en edades desde 35 años en adelante es de 334.000. Las defunciones por Cáncer de Mama muestran valores significativos desde los 35 años, con un pico a los 65 años, una meseta a los 75 años y descenso paulatino a los 80.

Las posibilidades de padecer cáncer de mama aumentan con la edad, siendo muy representativo que entre los 30 y 39 años una mujer en 2000 padecerá cáncer de mama. Entre

los 40 y 49 años una de cada 233, entre los 50 y 59 una de cada 53, entre los 60 y 69 una de cada 13 y entre los 70 y 79 una de cada 9.

Si bien la incidencia de esta enfermedad aumenta progresivamente, actualmente no es sinónimo de muerte o mutilación. Esto se debe a que el diagnóstico precoz y las terapéuticas actuales permiten tasas altas no sólo de prolongación de la vida sino también de curación (alrededor del 80%, siempre que se detecte a tiempo). Los avances científicos y tecnológicos también han logrado cierto grado de control sobre los síntomas y efectos secundarios del tratamiento; todo lo que favorece la calidad de vida de los pacientes.

Hay que señalar que estos avances han permitido conocer la complejidad del cuidado de los pacientes que padecen cáncer de mama, en el sentido de que si bien es una enfermedad grave, tiene altas tasas de supervivencia; por esto la atención sanitaria se prolonga durante mucho tiempo y es gracias a ello que se llega a conocer la magnitud de las secuelas que un cáncer genera a nivel físico, psicológico y social. Esta es una de las razones por las que ha tomado tanta importancia trabajar con el entorno en el que el paciente se encuentra (relacionado con su calidad de vida y tratamientos). El entorno refiere no solo a la familia sino también a los equipos de atención.

El comportamiento y el estilo de vida son factores que contribuyen en mayor medida a la aparición y/o evolución del cáncer y es tarea de los psicólogos de la salud ocuparse de modificar los estilos de vida que han sido identificados como factores de riesgo en el desarrollo del cáncer. Un ejemplo de esto, en su etapa más temprana no presenta síntomas, es por ello que son tan importantes los controles médicos periódicos tanto para la prevención como para la detección precoz (lo que incrementa las posibilidades de curación). De todos los casos de cáncer de mama que se diagnostican solo un 7 a 10 % presenta metástasis desde el inicio.

#### *Actitudes ante el cáncer*

Una actitud según Allport (1935) es definida como un estado de disposición nerviosa y mental, que se organiza por medio de la experiencia y que influencia de forma dinámica o directiva las respuestas que las personas dan a los objetos y situaciones con los que se está relacionando. Los componentes de las actitudes son el cognitivo (ideas y creencias sobre el objeto de la actitud), afectivo (relacionado con las emociones que produce el objeto) y, por último, el componente conductual (acciones respecto al objeto).

Las actitudes condicionan nuestra visión de la realidad y, por lo tanto, nuestra forma de responder ante situaciones y objetos determinados como, por ejemplo, el diagnóstico de cáncer. Entre otros factores, la persona reaccionará ante éste en función de sus actitudes previas en relación al cáncer.

Las actitudes están precedidas y condicionadas a la vez por los valores, entendiendo por estos, los significados universales, el conjunto de ideas y creencias propias de una sociedad, que condicionan el comportamiento tanto a nivel individual como a nivel de las normas sociales. Se transmiten por medio de modelos reales, a través de narraciones, etc. A partir de ellos se elige el fin de una conducta, emoción y acción, y se seleccionan los medios para poder llegar al fin propuesto.

El cáncer aún se asocia indiscriminadamente con la muerte, el deterioro y el dolor. Esto limita las posibilidades de afrontamiento que el paciente posee frente a su enfermedad; es decir, esta creencia popular nos conduce a creer que el diagnóstico es una sentencia que nos deja sin herramientas en cuanto a las posibilidades de acción para contrarrestarlo. Hay

autores que hablan de un intenso “condicionamiento cultural” que media en la reacción psicológica que se elabora ante el cáncer (Bayés, 1991).

A este dato se agrega la individualidad del paciente, en el sentido de cómo valora la enfermedad, qué significa para él. Sin conocer este aspecto ignoramos totalmente sus padecimientos y sus maneras de manejarlos. Algunos aspectos que podrían condicionar su reacción pueden ser: la personalidad previa, circunstancias vitales y personales, experiencias anteriores con el cáncer (tanto propias como de personas cercanas), el significado que le atribuye a la enfermedad, creencias acerca de su salud, enfermedad, la muerte, el sentido que da o encuentra a su vida, la presencia de patologías psiquiátricas, etc.

El diagnóstico de cáncer moviliza en los pacientes la necesidad de conocer qué significa para ellos la muerte, esto los puede llevar a cuestionar sus valores, sistemas de creencias espirituales, buscar una redefinición de ellas. También puede ocurrir que no la signifique como sentencia de muerte, sino más bien un reto con posibilidades de acción, esto le daría mayor movilidad en cuanto a su posición de enfermo; también permitiría favorecer cambios de actitudes (por ejemplo, actitudes de derrotismo).

Generalmente, los pacientes interpretan esta situación como una amenaza para diferentes aspectos de su persona: su vida, su cuerpo, sus capacidades. Le impone la posibilidad de vivir con dolor físico, enfrentarse a sentimientos encontrados, posibles modificaciones en cuanto a su rol productivo para la sociedad, dificultades familiares, enfrentarse a pruebas diagnósticas, tratamientos, nueva terminología y lenguaje que debe asimilar, tomar decisiones que son sumamente estresantes, entre otros.

Según Bayés (1991) el cáncer supone una situación estresante caracterizada por la incertidumbre (en relación al futuro de su enfermedad, de su vida, los tratamientos a utilizar, etc.), por sentimientos negativos (miedo, tristeza, ira, ansiedad, etc.), pérdida de control (lo que viene acompañado por vivencias de indefensión), y amenaza a la autoestima (debido a los cambios experimentados en el cuerpo, las dificultades que la enfermedad puede traerle para movilizarse o realizar su trabajo, alteraciones sexuales, etc.). Es sumamente necesario tomar en cuenta el impacto que genera la enfermedad no solo en el paciente sino también a su contexto familiar y social.

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida del paciente e incluso promover diversos trastornos como ansiedad, depresión; lo cual dificulta, a sí mismo, la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Camacho, 2003).

Aparte de las reacciones negativas existe la posibilidad de vivir la situación como una fuente de experiencias positivas (Barthe, 1997; Bayés, 1991; Carter, 1993; Carver & Antoni, 2004; Fife, 1994, 1995; Kennedy et al., 1976; Kroeff, 1999; Lechner et al., 2003; Mahon, Cella y Donovan, 1990; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor et al., 1990; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Taylor EJ, 2000; Taylor SE, 1983; Taylor SE et al., 1984; Urcuyo, 2005; Vastyan, 1984; Yalom, 1984), algunas referidas por los pacientes son: mayor sensación de propósito en la vida, mayor espiritualidad, relaciones más cercanas con los demás y cambio de prioridades vitales (Lechner et al., 2003; Taylor et al., 1984; Urcuyo et al., 2005). Taylor (1983) explica este fenómeno afirmando que los seres humanos ante una situación muy estresante pueden seleccionar y distorsionar la información que perciben enfocándose más en los aspectos negativos, o bien crearse una representación mental menos dañina.

Algo muy importante a tener en cuenta es que las reacciones psíquicas ante el cáncer se van modificando a lo largo de la evolución de la enfermedad; de esta manera, las reacciones

no serán las mismas al momento del diagnóstico, al momento de realizar los tratamientos, cuando se evalúe la eficacia de los mismos, así como cuando se considere que la enfermedad ha ingresado en su fase terminal.

Las principales reacciones que se manifiestan ante la muerte son la ansiedad, temor, preocupación, amenaza, aceptación y rechazo (Tomer, 1997; Urraca, 1982; citado por Rodríguez Fernández M. Isabel, 2006, "Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida", tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento Psiquiatría, Madrid).

Según Irvin Yalom (1984) nuestras actitudes ante la muerte influyen en el modo en que vivimos y crecemos, así como en el modo en que evitamos y enfermamos. El tomar conciencia de la posibilidad de morir podría enriquecer el sentido de nuestra vida y ayudar a tener una vida más plena. Además considera que esta toma de conciencia permitiría el alivio de ciertos tipos de ansiedades.

### **II.3.2 Tipos de estresores involucrados en el proceso de adaptación**

Eliot y Eisdorfen (1982) plantean cuatro tipos de estresores a los que debe enfrentarse la persona que ha sido diagnosticada con cáncer de mama (Oblitas Guadalupe, 2004): 1). *Estresores limitados en el tiempo*: cirugía o algunas pruebas diagnósticas como la biopsia, 2). *Secuencia de estresores*: el conjunto de las pruebas diagnósticas, 3). *Estresores intermitentes*: tratamientos como la quimioterapia o la espera de resultados de las pruebas de seguimiento, 4). *Estresores crónicos*: la pérdida de una parte anatómica o el miedo a la recaída.

Los primeros tres estresores desaparecerán con el tiempo, pero los crónicos seguirán afectando a la persona aun cuando se libere de la enfermedad. Justamente estos se relacionan con el denominado "Síndrome de Damocles" (Koocher y O'Malley, 1981), este se refiere a que la persona pierde la idea de invulnerabilidad personal y debe convivir con el miedo a la recaída por el resto de su vida. El mundo ya no se percibe como benevolente, ni la persona se ve a sí misma como especial, afectando su autoeficacia y dando lugar al desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos (Oblitas Guadalupe, 2004).

### **II.3.3 Tipos de cáncer de mama**

La estructura del pecho está constituida por tejido glandular unido mediante tejido conectivo y grasa. A su vez, el tejido glandular está compuesto por lóbulos y conductos. Durante la lactancia (período en que la glándula mamaria termina su proceso de maduración), los lóbulos se llenan de leche que sale al exterior gracias a los conductos que finalizan en el pezón. Es el tejido conectivo el que sostiene tanto a los lóbulos como a los conductos.

El pecho contiene la porción torácica del sistema linfático que funciona como filtro de sustancias malignas, está conformado por los ganglios linfáticos (los principales se encuentran en el cuello, las axilas e ingles) están unidos entre sí por vasos que contienen un líquido denominado *linfa*; este viaja por el cuerpo a través de vasos, de la misma manera que la sangre lo hace a través de las venas y arterias, también presentes en la mama.

La estructura del pecho se va modificando con la edad, la mujer mayor posee menos tejido glandular que la joven, mientras que la proporción de grasa aumenta con la edad.



El cáncer de mama se origina en la glándula mamaria y desde allí tiende a afectar los ganglios axilares y también puede dar lugar a metástasis en la piel, pleura, huesos, hígado, cerebro, etc.

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son debidos a formaciones fibroquísticas (que no aumentan el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere tratamiento especial) y, por lo tanto, son benignos. La fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo de la mama y un quiste es como una bolsa llena de líquido, el cual se elimina mediante una punción provocando la desaparición del dolor.

La clasificación de los tumores de mama malignos se realiza en función del lugar de la mama en el que aparece el crecimiento celular anormal, y también en función del estadio de la enfermedad:

- *En función del lugar de la mama en que se produce:*

Los cánceres in situ son incipientes (en sus etapas iniciales) y representan de 15 al 20 % de los casos de cáncer de seno. No suelen provocar problemas después de su extirpación, y su tratamiento es diferente al de los cánceres infiltrantes. La mujer que desarrolla un cáncer de este tipo corre riesgo de desarrollar un nuevo cáncer en otra parte del pecho y es por ello que precisa de controles regulares.

El **carcinoma ductal in situ** (localizado) se inicia en las células de las paredes de los conductos mamarios. Puede desarrollarse como un pequeño bulto localizado, o bien hacerlo en más de un conducto o en una parte de un conducto. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

El **carcinoma lobular in situ** (localizado) se origina en los lóbulos de la glándula mamaria, es un cáncer que crece en el interior de uno de ellos. Requiere de análisis clínicos y controles anuales con el fin de controlar la posibilidad de aparición de un cáncer. Se suele producir antes de la menopausia.

La presencia de un cáncer de mama infiltrante significa que el cáncer se disemina fuera del conducto o del lóbulo del pecho. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.

El **carcinoma ductal infiltrante** (o invasivo) se produce en el conducto mamario, logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama; desde allí se puede diseminar a distintas partes del cuerpo. Es el más frecuente (80 % de los casos diagnosticados) de los carcinomas de mama.

El **carcinoma lobular infiltrante** (o invasivo) el crecimiento empieza en los lóbulos de la mama atraviesa las paredes de este en dirección a los tejidos circundantes. Este es más difícil de detectar a través de una mamografía. Alrededor del 10 y el 15% de los tumores de mama son de este tipo.

El **carcinoma inflamatorio** es una presentación de un tipo de cáncer poco usual (solo representa un 1% del total). Lo distintivo de este tipo es que se comporta de manera sumamente agresiva y tiene una velocidad de crecimiento muy alta. Enrojece la piel del seno, además la vuelve gruesa y con apariencia similar a la cáscara de una naranja, puede aumentar la temperatura del seno, además pueden aparecer arrugas o irregularidades en la forma de la

mama. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

Otros tipos de cáncer de mama, excepcionales, son la enfermedad de Piaget (de desarrollo lento, provoca cambios en el pezón) y el carcinoma quístico (mencionado anteriormente).

- *En función al estadio de la enfermedad en que se encuentra*

Un cáncer de mama se desarrolla en 5 etapas:

En el **estadio cero** las células anormales no poseen carácter invasivo y solo se encuentran localizadas en el interior de los conductos mamarios (es un cáncer in situ).

En el **estadio uno** el cáncer forma un nódulo o bulto, cuyo tamaño es menor a 2 cm de diámetro y aun no se ha extendido a otros tejidos fuera de la mama.

El **estadio dos** se subdivide en las etapas:

a). *Etapa 2A:* el tumor mantiene un tamaño inferior a los 2 cm pero se ha extendido a los ganglios axilares, o bien

b). *Etapa 2B:* el tumor ha aumentado su tamaño pero no ha superado los 5 cm, y además existe un 50% de posibilidades de que se haya extendido a los ganglios de la axila.

También en el **tercer estadio** se subdivide para la clasificación:

a). *Etapa 3A:* se define por cualquiera de los siguientes:

- el cáncer es más pequeño que 5 cm, se ha propagado a los ganglios de la axila y a otros ganglios unidos a este, o bien

- el cáncer es mayor que 5 cm y se ha propagado a los ganglios linfáticos de la axila.

b). *Etapa 3B:* se define por cualquiera de las siguientes:

- el cáncer se ha propagado a los tejidos cercanos al seno (a piel o la pared torácica, incluyendo las costillas y músculos del tórax), o bien

- el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica a lo largo del esternón.

El **cuarto estadio** se define a partir de alguno de estos criterios:

- El cáncer se ha propagado a otros órganos del cuerpo, con frecuencia los huesos, pulmones, el hígado o el cerebro, o bien

- El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos en la nuca, cerca de la clavícula.

El Cáncer **Recurrente**, es la etapa del cáncer en que, posteriormente al tratamiento, reaparece el proceso de proliferación celular anormal descontrolado.

La *diseminación local* consiste en la expansión del tumor a los tejidos adyacentes del pecho, puede tardar años en producirse o hacerlo muy rápidamente. La *diseminación distante* hacia otras partes del organismo recibe el nombre de *metástasis*.

Las vías por las que se producen las metástasis pueden ser:

*Metástasis de tipo linfática o ganglionar:* implica el alojamiento de las células tumorales en la vía o los ganglios linfáticos.

*Metástasis a distancia:* implica el alojamiento de las células tumorales (transportadas por vía sanguínea) en otros órganos o tejidos del cuerpo distintos al lugar de origen.

El cáncer de mama, si se disemina, suele ocasionar tumores secundarios en los huesos, pulmones, hígado, ovarios, columna vertebral y cerebro. Para algunas mujeres, los síntomas del tumor secundario (el dolor de huesos, por ejemplo) son los primeros indicadores de la presencia de un cáncer de mama.

### **II.3.4 Factores de riesgo de cáncer de mama**

Nadie conoce con certeza cuáles son las causas que provocan el cáncer de mama. Está comprobado que es una enfermedad muy común en países occidentales más que en aquellos en vías de desarrollo, lo que permitiría pensar acerca de las posibles diferencias en los estilos de vida que aumentarían su incidencia (Oblitas Guadalupe, 2004).

Los *factores de riesgo* son indicadores de la probabilidad de contraer la enfermedad, solo de la probabilidad, ninguno por sí sólo puede causarla. Es decir, solo hacen que una persona sea más propensa que la media a desarrollarlo, aunque no todos los sujetos pertenecientes a un grupo de riesgo acaban padeciéndola. El conocerlos puede permitirnos realizar acciones apropiadas, cambiar conductas, estilos de vida, etc. con el fin de prevenirla o evitarla.

#### **II.3.4.1 Factores de riesgo biológico**

- **Personales:**

- La edad: no causa cáncer por sí sola; aunque debemos tener en cuenta que la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad. El 80% de los casos de cáncer de mama diagnosticados aparecen entre la población femenina mayor de 50 años (es posible que las células malignas se hayan iniciado con anterioridad a esa edad y que el cáncer se desarrolle con posterioridad). Por todo esto es que las campañas de prevención están dirigidas al rango de edad entre 50 y 60 años.

- El número de ciclos menstruales: por su relación con los estrógenos es que se lo considera un factor de riesgo. Tanto la aparición temprana de la menstruación como la menopausia tardía significan una considerable cantidad de años de exposición a estrógenos.

- La nuliparidad.

- Primer embarazo después de los 30 años. No se conoce la razón por la cual las mujeres que tienen su primer hijo antes de los 18 años tienen pocas probabilidades de desarrollar un cáncer de mama; de cualquier manera la protección contra el cáncer es sólo parcial (débil).

- La lactancia: la mujer que da el pecho a sus hijos se protege contra el cáncer de mama, aunque esto también es una protección débil o parcial.

- Alteraciones en el funcionamiento del sistema inmunológico

- **Predisposición genética:**

- La mujer que tiene un familiar de primer grado (madre o hermana) con cáncer de mama posee el doble de probabilidades de desarrollar la enfermedad que una mujer sin

antecedentes familiares. Si el familiar desarrolló el cáncer de joven (antes de la menopausia) es riesgo relativo es mayor.

- Las mujeres cuyas tías o abuelas lo tuvieron entran también en el grupo de riesgo, aunque es menor.

- Algunas mutaciones genéticas pueden aumentar el riesgo. Los genes del cáncer de mama, BRCA1 y BRCA2 (presentes, probablemente en 1 de cada 20 mujeres), indican que la mujer tiene cerca de 80% de probabilidades de desarrollar un cáncer de mama y un 50% de transmitir los genes a sus hijas. La prueba genética no se realiza normalmente, pero deberían realizarla mujeres con un elevado número de antecedentes familiares.

- Los antecedentes familiares de cáncer de mama son un factor demostrado en aproximadamente un 5% de los casos.

- La presencia anterior de un bulto en el pecho. Los bultos en el pecho son muy normales, la mayoría de los que aparecen en mujeres jóvenes son tumores benignos o fibroadenomas. En la mujer madura, los bultos en el pecho, no cancerosos, suelen ser quísticos.

- Ni los fibroadenomas ni los quistes suponen riesgo alguno para la salud, tampoco incrementan la probabilidad de sufrir un posterior cáncer de mama. Solo cuando un tumor benigno manifiesta cambios, denominados hiperplasia atípica, aumenta ligeramente la probabilidad de que la mujer desarrolle posteriormente cáncer de mama, aún cuando el bulto haya sido extirpado. Esto se debe a que los expertos consideran que la hiperplasia atípica es señal de que las células del pecho son inestables.

- **Factores ambientales:**

- Tabaquismo

- Alimentación rica en grasas

- Obesidad

- Abuso de alcohol

- Estrés: existe suficiente evidencia de que el alivio del estrés y la depresión marca una diferencia en la evolución de los cánceres de piel, mama, sanguíneos o de médula ósea.

- Exposición a pesticidas u otros químicos: algunos químicos como el asbesto, benceno, níquel, cromo, cloruro de vinilo y derivados del petróleo intervienen en la aparición del cáncer.

- Exposición a radiaciones ionizantes.

- **Predisposición hormonal:**

Este factor generalmente se relaciona con cierta susceptibilidad a desarrollar trastornos endocrinos (generalmente relacionadas con un malfuncionamiento de los estrógenos). Los estrógenos y la progesterona son las hormonas femeninas más importantes. Los estrógenos influyen sobre la división celular del pecho y se cree que ello tiene algún efecto sobre el desarrollo del cáncer de mama.

Muchas investigaciones sugieren que la píldora anticonceptiva no contribuye probablemente al desarrollo del cáncer de mama, y no lo hace con toda seguridad, si se toma por un período de tiempo inferior a los 10 años. El factor más importante sería la dosis de estrógenos que contiene la píldora. Las píldoras actuales contienen una dosis mucho menor

que las primeras que aparecieron; a pesar de los posibles riesgos de la administración continuada, los beneficios (incluyendo la protección contra el cáncer de ovario) siguen siendo mayores que los riesgos.

La ingesta de hormonas como parte de determinados tratamientos es una hipótesis acerca de la posibilidad de aumentar el riesgo a padecer un cáncer de mama. La administración prolongada de cualquier terapia basada en estrógenos, indicada para evitar los efectos negativos de la menopausia (incluyendo el tratamiento hormonal sustitutivo), incrementan el riesgo a desarrollar un cáncer de mama. Anteriormente, el THS (tratamiento hormonal sustitutivo) aportaba elevadas dosis de estrógenos, pero actualmente incluye dosis menores. Aun así, los beneficios de los estrógenos es que protegen contra enfermedades cardíacas y la osteoporosis (cuya probabilidad de ocurrencia es mayor que la de un cáncer de mama).

#### ***II.3.4.2 Factores psicológicos asociados***

Algunos de las tantas variables psicológicas que se han considerado como relacionadas con esta enfermedad son:

- Actitudes ante el cáncer, la salud y la muerte
- Aspectos sociodemográficos (estado civil, socioeconómico, nivel educativo, etc.)
- Percepción sobre el propio estado de salud como no dependiente de la persona, irreversible y separado de la calidad de vida.
- Percepción del apoyo social bajo o nulo.
- Percepción y significación atribuida a la vida: relacionado con la motivación y metas de cada persona.
- Mecanismos de defensa rígidos e inflexibles, sobre todo la negación y evitación.
- Experiencias previas con la enfermedad que limitan las posibilidades de acción y pensamiento, las alternativas de afrontamiento, etc.
- Valoraciones y creencias personales en cuanto a salud, valores, ayuda, etc.
- Elevada o constante presencia de distrés, ansiedad y depresión.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces a la hora de manejar demandas y hacerles frente.
- Percepción de Control escasa o nula, incuestionable y muy alejada de la realidad.
- Atribuciones causales selectivas, globales, externas y permanentes (esto se relaciona con las creencias y las formas de procesar la información interna y externa a la persona).
- Variables disposicionales: optimismo/pesimismo, tipologías de personalidad, estilos atribucionales, etc.
- Déficits o dificultades en la capacidad de adaptación y de ajuste psicológico y físico.
- Expresividad emocional: es un factor cuando se manifiesta en exceso o en defecto.
- Sensación de autoeficacia disminuida.
- Alteraciones en el estado de ánimo, se ha comprobado que, entre otras cosas, actúan sobre el sistema inmunológico de forma negativa, en las conductas de autocuidado, etc.
- Dificultades en la capacidad de vinculación (relacionado con el aislamiento).

- Humor y resiliencia: la ausencia de alguna o ambas es un importante factor en relación a la posibilidad de afrontar situaciones adversas, el crecimiento psicológico, la capacidad para reponerse ante impactos vitales, etc.
- Déficit en la autoimagen, en la conciencia corporal y en el estado del organismo se relacionan entre otras cosas con dificultades en la detección de cambios en su funcionamiento, poca atención a estos, etc.
- Precepción de riesgo y vulnerabilidad: la disminución en ella no da lugar a conductas de screening y cuidado; mientras que cuando esta exacerbada puede relacionarse con hipocondría y aumentos de ansiedad.
- Patologías psiquiátricas como ansiedad, depresión o cualquier otro cuadro patológico que por la vivencia de la experiencia de estrés se intensifican o agudizan las manifestaciones.
- Estilos de vida que no se construyen en relación al desarrollo de conductas saludables.

#### ***II.3.4.3 Factores de riesgo social***

- Pérdida o empobrecimiento del apoyo social.
- Valores y creencias socioculturales que asocien indefectiblemente al cáncer con la muerte (debido a que limita las posibilidades de afrontamiento) y otros significados que no ayuden a la calidad y estilo de vida de las personas.

#### **II.3.5 Diagnóstico del cáncer de mama**

El diagnóstico precoz de este tipo de cáncer es lo que lo hace más curable que otros. Para ello es fundamental que las mujeres tomen un papel activo, ya sea realizando consultas ante la aparición de síntomas, mediante el autoexamen y los controles médicos periódicos (que incluyen tanto la exploración del pecho como la mamografía).

La autoexploración mamaria que debe realizar periódicamente la mujer es de suma importancia porque le da un buen conocimiento de sus mamas, esto facilita el reconocimiento de cualquier modificación que se manifieste en ellas. Es una práctica complementaria a la realización de controles médicos periódicos, ya que en rara ocasión detecta precozmente un tumor. La exploración clínica de la mama, realizada por el médico, también debe ser complementada con un estudio de mamografía o ecografía.

La denominada mamografía, consiste en un estudio radiológico, que llega a detectar tumores diminutos antes de que se extiendan a los tejidos adyacentes y a los ganglios linfáticos, antes incluso, de que puedan detectarse como bulto. Se la considera un elemento de detección precoz que siendo realizado regularmente, mejora la supervivencia del grupo de riesgo. Es conveniente realizar la primera mamografía a los 35 años (aunque la paciente no presente síntomas) con el fin de utilizarla para evaluar posibles cambios en la estructura de la mama; en caso de que esta fuera normal, la próxima se debe realizar a los 40 años. Luego, entre los 40 y 45 años la periodicidad dependerá del riesgo al que esté expuesta, y a partir de los 45 años es aconsejable la realización de una mamografía anual.

La ecografía es otra técnica diagnóstica obtenida mediante ultrasonidos, generalmente es complementaria a la mamografía (que es más fiable como prueba detectora del cáncer de mama), permite la orientación del diagnóstico y el tratamiento. En la ecografía se pueden diferenciar los nódulos sólidos de los líquidos, además de que se puede estudiar algunas de sus características. Es frecuentemente utilizada en mujeres jóvenes en las que la mamografía no sería la técnica más eficaz debido a la densidad de sus mamas.

Otro instrumento diagnóstico es la resonancia magnética nuclear, menos utilizada, construye imágenes por ordenador a partir de las señales que emiten los tejidos orgánicos al recibir ondas magnéticas. Las investigaciones apuntan hacia un mejor aprovechamiento de ésta técnica para detectar el cáncer de mama, identificar sus características y predecir su comportamiento.

Las próximas herramientas diagnósticas se utilizan en caso de que existan importantes dudas acerca de las características de alguna anomalía en el pecho, generalmente lo que se realiza es un estudio citológico para discernir si las células de la anomalía son malignas o no.

Una de las técnicas para obtener una pequeña muestra del tejido anormal es la punción (aspiración) con aguja fina, también conocida como PAFF. Sirve para demostrar si el área analizada constituye un bulto sólido o un quiste. Si se trata de un quiste, se extrae el líquido (así desaparece) y se analiza para descartar la presencia de células cancerosas. La aspiración se realiza sin anestesia y solo siente el dolor de la aguja punzando el pecho. En caso de que el resultado de la aspiración muestre presencia de células anormales, el paso siguiente suele ser la realización de una biopsia.

Mediante la biopsia se extrae un trozo de tejido de aprox. 2,5 cm de largo del diámetro de un lápiz. Es una intervención que se realiza con anestesia local y mediante una aguja más gruesa que la utilizada para la PAFF. Luego un anatomopatólogo examina las características de las células y del tejido extraído. El especialista además de confirmar un diagnóstico puede realizar estudios histológicos que informen acerca de qué clase de tumor es, analizar la posibilidad de invasividad, posibilidades de diseminación, etc.

Si las dudas permanecen después de realizada la mamografía, la aspiración con aguja fina y la biopsia, se realiza una biopsia abierta. Se trata de una versión ampliada de la biopsia local, requiere de hospitalización y se realiza bajo anestesia general. Cuando se extirpa el bulto en su totalidad y parte del tejido circundante, recibe el nombre de biopsia escisional o lumpectomía.

La decisión de realizar estos distintos procedimientos responde al criterio del médico, el cual considera como información relevante, no solo el examen clínico de la paciente sino también los síntomas (si es que los manifiestan) que traen los pacientes. Muchas veces, cuando el cáncer es incipiente no da síntomas aunque pueden manifestarse algunos cambios como: presencia de tumores en alguna de las mamas, o en la zona axilar, modificaciones en la forma o en el tamaño de los pechos, secreciones por el pezón, cambios en la coloración y la sensibilidad de la piel de la mama o solo de la areola, aparición de una erosión o costra en el pezón, la presencia de úlceras en la mama.

### ***II.3.5.1 Reacciones psicológicas ante el diagnóstico***

El impacto emocional que genera el diagnóstico de esta enfermedad deja al sujeto en un estado de confusión y shock que imposibilita, en un primer momento, que los pacientes puedan darse cuenta de lo que está sucediendo y del alcance de los cambios que deben realizar. Las emociones más frecuentes que se observan en la primera etapa de la enfermedad crónica son el miedo y la negación. Luego suelen aparecer la depresión y la ira.

El miedo, luego del diagnóstico, es bastante frecuente y muy relacionado con los cambios en el estilo de vida y la posibilidad de enfrentarse a la muerte. Hay que considerar que éste puede surgir o intensificarse en forma intermitente a lo largo de la evolución de la enfermedad, los tratamientos e inclusive en el desarrollo de su vida cotidiana en interacción con su medio. Los temores que evoca el diagnóstico así como la presentificación de la posibilidad de la muerte propia y el procesamiento de la nueva información recibida requieren

de tiempo, lo que se dificulta debido a la seriedad de la situación. Algunos miedos están en relación con la posibilidad de depender de los demás (es decir, perder autonomía), a las alteraciones en el cuerpo y la dificultad de asimilarlas en el esquema corporal, miedo a posibles secuelas o discapacidades, a los síntomas (sobre todo al dolor), la ruptura con la vida como la conocía hasta el momento y el malestar.

La negación (se evita tomar contacto con las implicaciones de la enfermedad): hay cierta discusión en cuanto a si este mecanismo es, en sí mismo, beneficioso o perjudicial para el sujeto; se concluye que lo que va a otorgarle uno de los dos adjetivos va a tener que ver con la etapa de la enfermedad en que se utilice. En caso de que aparezca antes del diagnóstico, actúa como un obstáculo para acceder de forma rápida al tratamiento (conductas de retraso), cuando aparece luego del diagnóstico tiene una función protectora reduciendo los niveles de estrés (Lazarus, 1983; citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994). En la fase de rehabilitación posee efectos adversos sobre todo si interfiere en la búsqueda de información y en el papel activo del paciente.

La depresión suele manifestarse como consecuencia del proceso de adaptación, por esto es que su aparición en el proceso es tardía. Al igual que la negación, puede ser beneficiosa (como reacción preparatoria a los reajustes que deben hacer en su vida) o un obstáculo (cuando impide el papel activo de la persona en todo el proceso de la enfermedad). La ira también aparece un tiempo después del diagnóstico, cuando el miedo y la negación van aminorando; se relaciona con sentimientos de injusticia y emociones hostiles.

En cualquier situación estresante la sensación de pérdida de control (experimentada al recibir el diagnóstico) contribuye a experimentar reacciones intensas de malestar emocional, la recuperación de esa sensación puede ayudar al sujeto a disminuir esas reacciones y facilitar la adaptación.

El diagnóstico de una enfermedad grave que amenaza la vida del sujeto o compromete su autonomía "rompe" un curso de acción estable entre el sujeto y el entorno, se interrumpen las conductas instrumentales de esta relación y son reemplazadas por conductas guiadas por los afectos; a raíz de esta situación es que se hace necesario el desarrollo de otras conductas que permitan una nueva instrumentalización de la relación, adaptándose al sentimiento de vulnerabilidad y a tener cierta sensación de control sobre el evento negativo.

También influyen la gravedad de la enfermedad al momento del diagnóstico; parecería ser que los pacientes diagnosticados en fases más avanzadas de la enfermedad presentarán mayor malestar psicológico en el futuro que aquellos que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas (Weissman, 1976). También presentan mayor malestar psicológico aquellos que tienen remordimientos acerca de su vida, el pesimismo, los problemas familiares y de pareja también son contraproducentes y, a un nivel más general, aquellos que no posean o tengan escaso apoyo social.

Tross y Holland (1989) encuentran que los efectos psicológicos de recibir un diagnóstico de cáncer a *mediano y largo plazo* son: preocupación por la enfermedad, miedo a la recaída, mayor miedo a la muerte, sentimientos de daño físico, sensación de vulnerabilidad, incertidumbre sobre el futuro, sensación de inadecuación personal, sensación de control disminuida, miedo al rechazo social, ansiedad y depresión. No obstante autores como Seigel (1990) y Taylor (1983) consideran que las consecuencias serán negativas solo para algunos y que incluso pueden ser positivas, planteando que el sujeto es capaz de hacer una reestructuración cognitiva de la situación que le permita compensar las desventajas y resignificar el evento traumático. Hablan de que estos pacientes son capaces de una



reordenación de sus valores y de cambiar su actitud hacia la vida, haciéndola mas positiva y apreciando mejor el tiempo y las relaciones

### **II.3.6 Tratamiento del cáncer de mama**

Es importante conocer la naturaleza del cáncer para predecir su comportamiento y aplicar el tratamiento adecuado. En la actualidad, se desarrollan nuevas pruebas que tienen como objetivo identificar exactamente los distintos tipos de cáncer; algunos ejemplos de éstas son las pruebas de sensibilidad a diversas hormonas y la identificación de varios marcadores para indicar su agresividad.

En ciertos cánceres de mama se han descubierto marcadores genéticos (oncógenos) que parecen influir sobre su tasa de crecimiento y, por lo tanto, sobre su capacidad de expansión. El más común es el ERB-B2. Los tratamientos actúan sobre las proteínas que producen los oncógenos e interfieren su crecimiento.

Cada cáncer de mama se comporta de forma distinta; hay que tener en cuenta dos cuestiones que determinan el tratamiento: las posibilidades de expansión a otras partes del cuerpo (si son elevadas o no) y estudiar qué puede hacerse para disminuir dicha probabilidad.

Los cánceres son muy diversos y, por consiguiente, las opciones de tratamiento. El plan de tratamiento se diseña para establecer el tipo ideal, frecuencia y duración del mismo a partir de un protocolo (plan de tratamiento general para un cáncer específico).

Los tres objetivos del tratamiento son: extirpar el tumor primario, reducir la probabilidad de que el cáncer vuelva a instalarse en el pecho o en la axila (recurrencia local) y reducir la probabilidad de que el cáncer se establezca en otras partes del organismo (diseminación distante). En caso de que esto no sea posible, se buscara una disminución o desaparición de los síntomas.

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, radiación y la quimioterapia. Además, se sigue estudiando la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica. En cada caso, se utilizará la terapia o la combinación de ellas de acuerdo al diagnóstico (aunque lo habitual es que la cirugía constituya el tratamiento inicial).

#### ***II.3.6.1 Factores que influyen en el tratamiento***

*Factores dependientes de la paciente:* debe adaptarse a su edad, estado general de salud y a su opinión acerca de las posibilidades de tratamiento.

*Factores dependientes del tumor:* tamaño, localización en la mama, tipo histológico, afección axilar y, extensión o posibilidad de diseminación.

Toda mujer tiene derecho a decidir cuánto quiere saber y a elegir entre los distintos tratamientos disponibles para su caso. Es por esto que la comunicación y la información son elementos básicos y esenciales, así como la relación que establezca con los profesionales que atienden su caso (Buckman, 2001).

El médico debe responder a todos los interrogantes de la paciente. Debemos considerar que el conocimiento del diagnóstico genera un impacto psicológico tan fuerte que lo más aconsejable es que se programe una nueva visita médica en la que se contesten las preguntas que le han surgido en relación a la enfermedad, tratamiento, pronósticos, etc., además es aconsejable que sea acompañada por un miembro de la familia que le brinde apoyo y tome contacto con la información que se le brinde a la paciente (Buckman, 2001).

### II.3.6.2 Tipos de Tratamientos y reacciones psicológicas

TIPOS DE TERAPIAS	
TRATAMIENTO LOCAL	Cirugía
	Radioterapia
TERAPIA ADYUVANTE	Radioterapia (local)
	Quimioterapia (sistémica)
	Terapia Hormonal (sistémica)
TRATAMIENTO LOCAL CON TERAPIA ADYUVANTE	Cirugía + Radioterapia
TRATAMIENTO SISTEMICO (PUEDE O NO INLCUIR CIRUGÍA)	Quimioterapia
	Cirugía + Quimioterapia
	Radioterapia + Quimioterapia
	Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia
	Terapia Hormonal
	Cirugía + Terapia Hormonal
	Cirugía + Terapia Hormonal + Quimioterapia
	Cirugía + Radioterapia + Terapia Hormonal
	Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia + Terapia Hormonal

\* Cuadro 2: "Tipos de Terapias Oncológicas", capítulo 3, R. Buckman, 2001

Los procedimientos que entran dentro del tratamiento local (o también conocido como Loco-regional) son la cirugía y la radioterapia. Los sistémicos más utilizados son la quimioterapia y la terapia hormonal; existen otros menos utilizados y con resultados todavía no constatados como la inmunoterapia, la quimioterapia intensiva con trasplante de médula ósea.

La diferencia es que los tratamientos locales actúan sobre el área específica en donde se encuentran las células del cáncer (incluyendo la axila), mientras que los tratamientos sistémicos se utilizan para destruir las células cancerosas que se encuentran en cualquier parte del cuerpo.

El tipo de tratamiento va a influir profundamente en la reacción psicológica que se produzca en el paciente. Algunas dependerán de los efectos secundarios y molestias que provoquen, mientras que otras estarán más asociadas con los temores y fantasías que los generen.

#### 1). Cirugía

La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la eliminación de todas las células cancerígenas mediante una intervención quirúrgica que busca extirpar el tumor de modo seguro. Para el caso del cáncer de mama, existen dos tipos de cirugía que se pueden llevar a cabo: la cirugía conservadora y la mastectomía.

La mastectomía consiste en la extirpación de toda la glándula mamaria de la paciente. La cirugía conservadora (que se realiza en algunos casos) consiste en la extracción del tumor (lumpectomía), algunos ganglios linfáticos axilares y la aplicación de radioterapia.

La lumpectomía, o también conocida como mastectomía parcial, se realiza bajo anestesia total, puede ser ambulatoria o permanecer pocos días en el hospital. Esta no sirve cuando hay más de un tumor en el pecho o cuando el tumor se encuentra en estado avanzado. Es posible que queden células cancerígenas, aún luego de las cirugías, es por ello que generalmente se aplica radioterapia para destruir células cancerosas y disminuir la posibilidad de que se forme nuevamente un tumor. En la mayoría de los casos se extirpan también los ganglios linfáticos axilares, para ayudar a determinar si las células han alcanzado al sistema linfático o no.

En la mayor parte de los casos no es necesaria la mastectomía, debido a las mejoras en las técnicas quirúrgicas, los conocimientos en fisiología, en anestesia y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados que han hecho posible cirugías más limitadas, con menos secuelas y de pronta recuperación.

Algunos cánceres se encuentran demasiado extendidos al momento del diagnóstico como para que la idea de cirugía curativa sea posible. Este es el caso de una extensión local del tumor que afecte tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o en caso de que existan metástasis; en este caso, la cirugía no será curativa aunque puede resultar beneficiosa para el alivio sintomático o tener como objetivo la reducción de la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo.

#### *Reacciones psicológicas*

En el período previo a la operación los temores de los pacientes giran en torno al daño corporal, a las consecuencias de los cambios en la autoimagen y a la posibilidad de muerte debido a complicaciones durante la intervención. A pesar de esto, este tratamiento es preferido por los pacientes debido a que su duración es limitada, proporciona alivio rápido del dolor y algunos síntomas, así como fomenta la sensación de control y espíritu de lucha.

En caso de pacientes que tengan historia de alteraciones psicopatológicas es posible esperar, aunque no en todos los casos, la posibilidad de que el estrés de la intervención pueda agudizar las dificultades.

#### 2). Radioterapia

Implica utilizar radiaciones de alta energía con el fin de dañar células cancerosas e impedir su crecimiento. Generalmente los rayos utilizados provienen desde fuera del cuerpo y están dirigidos hacia la mama por medio de una máquina (radiación externa), pero también puede provenir de material radioactivo colocado en la mama a través de tubos plásticos, este procedimiento se conoce como implante radioactivo.

A veces se lo aplica antes de una cirugía para disminuir el tamaño del tumor y así facilitar su extracción, esterilizar las células tumorales impidiendo su diseminación durante el acto quirúrgico; además se puede utilizar luego de la cirugía para eliminar algunas células enfermas que puedan haber quedado (tratamiento coadyuvante). La radioterapia también se utiliza como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis.

La sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable; los tumores sensibles son aquellos que poseen una sensibilidad superior a la de los tejidos vecinos normales. Cuando tales tumores son además accesibles (superficiales o en órganos en los que se puede introducir la radiación) pueden ser curados mediante radioterapia.

La propiedad de la radiación de respetar (hasta cierto punto) los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad a tejidos vitales o porque el tumor ha infiltrado estructuras adyacentes indispensables.

Existen efectos secundarios agudos, como cansancio, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, caída del cabello, dermatitis, fiebre (al ser agudos, desaparecen una vez finalizado el tratamiento). Los efectos secundarios tardíos dependen de factores como la edad al momento de la radiación, el área irradiada y la dosis de radiación recibida.

#### *Reacciones psicológicas*

En relación a este tratamiento algunas de las reacciones psicológicas descritas giran en torno a cuadros fóbicos, trastornos ansiosos y depresivos, sobre todo mientras se recibe el tratamiento debido a la forma en que se administra (el paciente se encuentra solo en un habitación frente a una máquina completamente aislado del exterior), esto sumado a los efectos biológicos de la radiación.

Otros sentimientos que pueden acompañar las sesiones de radiación pueden ser cólera, pesimismo, culpabilidad, etc. sobre todo durante las primeras sesiones es esperable que el paciente sufra cuadros ansiosos-depresivos moderados o intensos que poco después disminuyen, agudizándose hacia el final del tratamiento.

#### 3). Quimioterapia

Implica la introducción de sustancias químicas (para eliminar las células malignas interfiriendo en la síntesis o función del ADN celular) en el torrente sanguíneo y así alcanzar todo el cuerpo. Esto es especialmente útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia.

Las drogas actúan inhibiendo la duplicación y el crecimiento celular e intentan destruir las células malignas; un dato a tener en cuenta es que los fármacos administrados no solo atacan a las células cancerosas sino también a las normales de rápida división, es por eso que aparecen como efectos colaterales agudos las bajas defensas, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, dolor, úlceras, cansancio, constipación, dificultades en la coordinación, pérdida de cabello. Los efectos colaterales a largo plazo, que se producen una vez finalizado el tratamiento involucran el área reproductiva y el área cognitivo-intelectual.

La quimioterapia suele consistir en una combinación de medicamentos, pueden ser administrados de forma oral o vía intravenosa; se administra en ciclos: un período de tratamiento seguido de un período de recuperación, luego otro tratamiento y así sucesivamente. Es importante la instauración precoz del tratamiento, la repetición de los ciclos con intervalos cortos (de ser posible, es decir, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos) y la utilización de dosis adecuadas del fármaco/s.

Los dos problemas principales que implica la utilización de la quimioterapia son la toxicidad que implica para el paciente y la resistencia que las células cancerosas pueden desarrollar a los fármacos.

#### *Reacciones psicológicas*

Este tratamiento es extremadamente temido por los pacientes, tanto al iniciarla como durante su aplicación debido a sus efectos secundarios (malestar general, alopecia, náuseas y vómitos, dolores, dificultad para comer, etc.). Es tan intenso el temor que algunos enfermos puede desarrollar síntomas condicionados.

En general, los ciclos de quimioterapia provocan reacciones ansiosas, fóbicas, inestabilidad emocional pasando de la euforia a la depresión, disminución en la capacidad intelectual, trastornos conductuales, etc. Los trastornos ansiosos y depresivos son mas intensos antes del tratamiento y al finalizarlo (Matías, 1995; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

#### 4). *Terapia Hormonal u Hormonoterapia*

Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal como la mama, próstata, endometrio, tiroides, responden al tratamiento hormonal.

Esta terapia consiste en la administración de diferentes hormonas, o antihormonas, o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente (por ejemplo mediante la extirpación de los ovarios, que produce estrógenos), aunque lo más común es que se utilicen fármacos que alteren su funcionamiento.

La quimioterapia esta más indicada para mujeres premenopáusicas y la terapia hormonal se aplica a mujeres de edad mas avanzada.

#### 5). *Inmunoterapia*

Se divide en activa o pasiva. La inmunoterapia activa actúa estimulando la inmunidad antitumoral de la paciente. La inmunoterapia pasiva consiste en la administración de agentes biológicos con propiedades antitumorales como los anticuerpos.

#### 6). *Rehabilitación y Control de Seguimiento*

Este es un momento sumamente importante para la paciente ya que es imperioso que se realicen todos los ajustes necesarios para que pueda volver a su actividad normal cuanto antes.

Las características de ella van a depender de la extensión de la enfermedad, el tratamiento que se ha aplicado, si ha dejado algún tipo de secuela física, psíquica o social (sobre todo en el área laboral) y especialmente a nivel familiar.

Cuando la paciente ha sido expuesta a una cirugía (tanto conservadora como una mastectomía) es necesario establecer un plan de ejercicios dirigido a la recuperación de la movilidad y fuerza del brazo y hombros afectados, a disminuir el dolor y la rigidez experimentada en cuello y espalda, y a disminuir o prevenir el linfedema.

Especialmente en el caso de una mastectomía las pacientes se enfrentan ante la posibilidad de utilizar prótesis, de que se les realice una reconstrucción mamaria, pueden preferir no realizar más cambios o posponer esta decisión hasta finalizados los tratamientos. Sea cual sea la decisión que tomen es importante el acompañamiento e información.

Los controles de seguimiento (exploraciones y estudios periódicos) son un aspecto fundamental, una vez finalizados los tratamientos, ya que una mujer que ya ha tenido un cáncer de mama tiene un riesgo superior a la media de que el cáncer recurra, incluso muchos años después.

#### 7). *Hospitalizaciones*

Pueden producirse períodos de hospitalización que producen más sufrimiento en el paciente porque además de la carga de la enfermedad se altera su vida cotidiana, debe adaptarse a nuevas normas, a un ambiente deshumanizado y enfrentarse a pacientes que se

encuentran aún más graves que él (a veces estos enfermos funcionan como disparadores para pensarse a ellos mismos en el futuro).

#### *Otras consecuencias de los tratamientos*

Es importante, como psicólogos, que tomemos en cuenta las reacciones posibles de los pacientes ante la, muy frecuente, prescripción de psicofármacos a los fines de ayudar a manejar las implicancias de la enfermedad; algunos de ellos son tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos (con efectos secundarios propios).

#### *Reacciones psicológicas al final de los tratamientos*

Ante los posibles resultados de esta enfermedad, a saber: sobrevivir manteniendo cierta calidad de vida o la evolución de la enfermedad hacia un empeoramiento del estado de del enfermo o inclusive la entrada en la fase terminal de la enfermedad, las diferentes reacciones emocionales perturban el funcionamiento psíquico del paciente (Gottschalk, 1984).

Una vez finalizados los tratamientos algunos de los temores más frecuentes se relacionan con el miedo a las recaídas, la pérdida de los beneficios de ocupar el rol de enfermo, se sufre también por la desvinculación con el personal de atención sanitaria (que le servían de reaseguro o protección del enfermo frente al cáncer). Inclusive, en este momento, las reacciones de ansiedad pueden llegar a ser más intensas que al momento de iniciar los tratamientos; esto se debe, en parte, a que el paciente tiene mayor conciencia de su vulnerabilidad, a la incertidumbre con respecto al futuro, miedos al rechazo social, a la discriminación, dificultades para adaptarse a la vida cotidiana de una persona sana, etc.

#### *3.6.2.1 Reacciones psicológicas a la fase terminal de la enfermedad*

Estas reacciones están íntimamente relacionadas con lo expuesto acerca de las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad, la significación personal que se le atribuye, el afrontamiento que hace de la misma, las atribuciones de causalidad, los pronósticos, etc.

Cuando la enfermedad ingresa en una evolución de empeoramiento irreversible, se entiende que la patología ha ingresado en la fase de terminalidad; en este momento, suele (aunque no en todos los casos) aumentar la incidencia de cuadros ansiosos, depresivos, inclusive llegando a delirium causados por el agravamiento de los síntomas somáticos. Además se pueden exacerbar sus temores a la muerte, se puede angustiarse por la frustración de los proyectos vitales que había pensado para sí mismo, por anticiparse a la situación en que quedará su familia una vez que ya no esté, por la incertidumbre acerca de cómo se cubrirán (o si será posible) sus necesidades tanto físicas como psicológicas y espirituales, etc.

De cualquier manera, es conocido que muchas personas (a pesar de las connotaciones de muerte) se enfrentan a la ella, modifican los criterios con los que evalúan su vida, reorganizan sus prioridades, se conectan de una nueva manera con familiares y amigos, etc.

En definitiva, parecería que las reacciones psicológicas del paciente en la situaciones de terminalidad dependerán de la toma de conciencia acerca de la posibilidad real de muerte, el sentir que puede afrontarlo, el carácter de sus actitudes hacia la muerte, hacia su vida, el grado en que pueda compartir y contar con apoyo social, etc.

### 3.6.2.2 Intervenciones ante la terminalidad de la enfermedad

Cuando se considera que la enfermedad ha ingresado en su fase terminal hay ciertas características que nos permite reconocer esta situación y, a partir de ello, evaluar la forma de abordaje. Estas características son: que la enfermedad esté en una fase avanzada en su evolución, que sea progresivo el deterioro que genera y que sea incurable; otra de las características es la ausencia de posibilidades razonables en relación a la respuesta a los tratamientos; la presencia de síntomas intensos, múltiples y cambiantes; el gran impacto emocional ante la realidad de la muerte en el paciente, la familia y el equipo y cuando el pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

Al referirnos a la fase terminal de una enfermedad debemos hacer referencia a los *Cuidados Paliativos* que se realizan en este momento, al control del *Dolor* que debe hacerse en esta fase del cáncer; así como a la relación que hay que mantener con el paciente y su familia. Según la Organización Mundial de la Salud (1990) los cuidados paliativos implican *“la asistencia activa y total, de los pacientes y sus familias, por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”*.

Algunos de los objetivos de los Cuidado Paliativos son la promoción de una adecuada calidad de atención a enfermos terminales, la instrucción de profesionales, investigación y la ayuda y asesoramiento en la administración de ellos. El objetivo principal es la búsqueda de confort para el paciente.

Los tratamientos denominados curativos y aquellos denominados paliativos no son excluyentes entre sí, simplemente se le da más importancia a uno o a otro en la medida en que avanza la enfermedad y deja de responder a los tratamientos curativos.

Las intervenciones terapéuticas estarán relacionadas con la atención de la totalidad de la persona teniendo en cuenta sus aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, además de promover la autonomía en cuanto a las decisiones a tomar.

Otro aspecto a trabajar junto con el paciente es el del manejo del dolor (que puede aparecer en estados avanzados de la enfermedad o antes) que causa sufrimiento, pérdida de control y deterioro de la calidad de vida. El dolor afecta distintos aspectos de su vida: en el área física causa una disminución de la capacidad funcional del sujeto, de la fortaleza y resistencia, así como síntomas incómodos como náuseas, mareos, pérdida de apetito y trastornos del sueño. En cuanto a los aspectos psicológicos se puede observar distimia, disminución de la capacidad de disfrute y de juego, aumento de ansiedades y miedos, dificultades cognitivas (sobre todo atención y concentración), somatizaciones, irritabilidad y pérdida de control. El dolor provoca aislamiento y reticencia al contacto social, al establecimiento y/o mantenimiento de relaciones afectivas, da lugar a reacciones de dependencia. Además aumentan los cuestionamientos acerca de sus creencias, credos, etc.

En estos momentos de crisis, a veces, es necesario un abordaje psicofarmacológico junto con el trabajo psicoterapéutico que favorezca la capacidad de autocontrol, el manejo de la relajación y respiración, así los pacientes podrán encarar esta situación con más recursos. De esta manera, lo que se busca es una disminución del sufrimiento y demás síntomas asociados al dolor.

El dolor no controlado puede alterar tanto el estado de ánimo como las características de personalidad del enfermo, mientras que el alivio de él puede desembocar en la desaparición del problema psiquiátrico (ansiedad o depresión).

Los síntomas más frecuentes o conocidos de la depresión, en los pacientes con cáncer, no tiene tanto valor diagnóstico debido a que tanto la anorexia, insomnio, fatiga, pérdida de peso son síntomas inespecíficos de la depresión y pueden deberse a factores orgánicos. En este sentido es importante tener en cuenta que la disforia, desesperanza, inutilidad, culpa o ideación suicida son de mayor valor diagnóstico. Además, la historia previa de depresión familiar o episodios depresivos también hace más posible este diagnóstico. Otros aspectos a considerar para este diagnóstico son: el aislamiento social, pérdidas recientes, tendencia hacia el pesimismo, presiones socioeconómicas, historia previa de abuso de alcohol y/o sustancias.

La posibilidad de suicidio e ideación suicida (que aumenta cuando el dolor no es controlado) también es un factor a tener en cuenta ya que sus posibilidades de realización aumentan en relación a: depresión, bajo umbral de tolerancia al dolor, intentos previos de suicidio, historia familiar de suicidios, delirium, abuso de sustancias, enfermedad avanzada o terminal, alteración de la imagen corporal, aislamiento social, la edad avanzada. El mayor temor de los pacientes es el que se refiere al dolor incontrolable.

Para trabajar con estas situaciones, lo principal es establecer una buena relación terapéutica, una fluida, clara y eficaz comunicación, y proporcionar ayuda o herramientas en el manejo de los síntomas, entre ellos el dolor.

La ansiedad es considerada una respuesta normal que se produce en el sujeto ante la situación de conocimiento del diagnóstico de cáncer, cuando se le comunica que la enfermedad ha recurrido o cuando falla el tratamiento. Deja de considerarse normal cuando pasado este momento de shock, el estado de ansiedad se mantiene elevado por semanas o meses. Ante esto el abordaje psicológico y psiquiátrico no debe hacerse esperar.

El objetivo del equipo de trabajo es minimizar el malestar psicológico, conocer la progresión de la enfermedad y comunicarla al paciente de una manera entendible y adecuada a sus posibilidades; esto también se aplica a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento. De alguna manera esto contribuye a aumentar la sensación de control que los pacientes experimentan sobre su enfermedad.

Los familiares y personas cercanas a los pacientes con cáncer comparten el sufrimiento, la pérdida de control y el deterioro de la calidad de vida, también experimentan estrés. Hay que asegurarse de que ellos logren aliviar la carga emocional, socioeconómica, relacional, etc.

### **II.3.7 Cáncer y Sistema familiar**

No podemos olvidar el aspecto social de la enfermedad: supone una modificación a nivel de familiar y social de los roles, tanto del paciente como de sus allegados, con el fin de adaptarse a la situación buscando la forma de responder a las demandas que se les presentan.

Las respuestas de las familias ante este tipo de crisis son muy particulares y propias, es más la misma familia responde de diferente manera en diversos momentos. Algunos de los factores que pueden estar en relación con esas distinciones son: a). La gravedad de la enfermedad, b). El miembro de la familia que está enfermo (el rol que ocupa en la red social, como se reorganizan, etc.), c). La situación socioeconómica de la familia (mayor disponibilidad de recursos permite un mejor manejo de la crisis), d). Las capacidades de los familiares (tanto físicas como la posibilidad de afrontar las responsabilidades de cuidar al paciente), e). Los



recursos de apoyo social externo (familiares de segundo grado, amigos que puedan brindar apoyo social y/o económico), f). Las características de la relación afectiva que mantienen entre familiares (el nivel afectivo de la comunicación, las relaciones emocionales, etc.), f). La existencia de tensión emocional familiar (es decir, su estado emocional ante la magnitud de la crisis que están viviendo) y g). La experiencia previa de los familiares con la enfermedad (puede serles útil para una más adecuada y rápida respuesta adaptativa).

### ***II.3.7.1 Fases por las que atraviesa el enfermo y su familia***

El curso de la enfermedad, para algunos autores, se da en tres etapas que se ven reflejadas tanto en el paciente como en su familia:

#### *Fase Aguda*

Coincide con el inicio de los tratamientos del paciente. La familia suele mostrar un importante despliegue de recursos tendientes a contener sus reacciones emocionales para poder acompañar al paciente, esto se ve acompañado por una imperiosa necesidad de poseer información acerca de la enfermedad y de su evolución.

Uno de los aspectos fundamentales que se deben trabajar ante el diagnóstico es la comunicación. Una de las posibilidades que baraja la familia es no hablar con el paciente buscando que éste no se angustie, pero está comprobado que esto sólo consigue que el paciente se sienta excluido. El ocultar la verdad tampoco es adecuado tanto para el paciente como para la familia, inclusive al momento de afrontar la muerte, puede serle a ambos de utilidad para elaborarlo. El compartir con naturalidad pensamientos y sentimientos permite un mejor equilibrio emocional (sobre todo luego del impacto inicial), lo que es sumamente necesario para manejarse con cierta flexibilidad ante las cambiantes condiciones de mejora y deterioro que se caracterizan en la fase de los tratamientos.

#### *Fase Crónica*

Una de sus características es que se manifiesta como un período de “tranquilidad”, donde la enfermedad parece superada debido a la ausencia de síntomas. La familia puede implementar comportamientos que le pueden confundir como prestarle menos atención a él y sus necesidades; es posible que en esto se juegue una fantasía de curación en la que se desea y cree que la enfermedad ha sido superada, más allá de que sepan que no es así.

Ante la aparición de nuevos síntomas, complicaciones severas, etc. esta fantasía y período de tranquilidad se rompen y la familia junto con el paciente suelen deprimirse, aún así las demandas de movimiento y adaptación a la situación continúan. Otra de las reacciones más comunes de la familia será enojarse con todos aquellos que tengan algún tipo de relación con el paciente y su enfermedad, también es posible que aparezcan sentimientos como envidia, resentimiento, frustración y sentimientos de culpa.

Un aspecto importante en este momento es la posibilidad de que el grupo de apoyo social se vea disminuido ya que familiares o amigos pueden mantenerse alejados debido al temor y lo intolerable de la situación como los cambios corporales, las modificaciones en el estilo de vida, los proyectos, etc. Todo esto muestra una cierta desestructuración familiar y vincular en la que el paciente llega a sentirse solo.

Este momento es clave para el apoyo y la contención psicológica: mediante reuniones familiares, distribución de roles y organización de tareas, entre otras cosas, se puede ayudar a restablecer el funcionamiento familiar y hacer frente a las exigencias.

### *Fase de Resolución*

Este momento llega cuando la evolución de la enfermedad ha llegado al punto de complicación suficiente como para ser considerada **terminal**. La familia necesita saber qué está sintiendo la persona, de manera que pueda reducir el temor y fantasías, anticiparse a situaciones que tensionen tanto al paciente como a la familia y buscar herramientas que le permitan manejar la ira, frustración o desesperación, etc.

El paciente poco a poco comienza a desligarse de su mundo, intenta aceptar su muerte. Para la familia es sumamente doloroso porque les es muy difícil comprender que el enfermo haya aceptado esta circunstancia y se comience a desligar de ellos y su mundo, llegando por momentos a ser los familiares los que requieren de más ayuda. Muchas veces intentan negar la realidad sobre la inminente muerte de su familiar, debido a que sus temores y deseos suelen estar primero que los del paciente agonizante. Esto puede llegar a un punto tal en que, de alguna manera, no le permiten una muerte pacífica o libre de culpas y/o temores. Es posible que ocurra lo opuesto, es decir que la familia este lista para “dejar ir” y que sea el paciente el que no esté listo.

Algunas de las preocupaciones que manifiestan las personas en esta fase son: temor a provocar lástima en sus seres querido, a que se los trate de manera anormal, a ser rechazados o abandonados, causar problemas o ser una gran carga para la familia. La principal preocupación gira en torno al dolor y el tipo de ayuda que se les ofrece para evitarlo (en la medida de lo posible). Es importante considerar que en esta etapa el dolor está instalado de manera casi permanente (dependiendo del tipo de cáncer y sus características) y que generalmente a esta altura el paciente ya evidencia signos de retracción que acompañan el importante deterioro físico y psicológico.

Las intervenciones más adecuadas en este momento están en relación a trabajar sobre la comunicación, buscando que sea lo más fluida posible: hablar sobre temores, pensamientos, etc. alivia a ambos, además de frenar las fantasías y el sobredimensionamiento.

### *Fase del Duelo*

Luego de ocurrida la inevitable muerte del paciente, sobreviene para la familia una fase o etapa más, **el duelo**. Esta etapa permite procesar la pérdida en cada miembro de manera particular. A grandes rasgo implica la supresión del interés por el mundo exterior, pérdida del deseo de conectarse con nuevos objetos y la focalización del interés en relación a todo aquello que remita a la memoria del fallecido.

Entre la fase terminal de la enfermedad y el proceso de duelo, los familiares pueden manifestar una intensa angustia que se puede traducir en ideas acerca de si ellos también están enfermos, o bien en asociar cualquier signo o síntoma que tengan a la enfermedad del fallecido; también es muy común que aparezcan sentimientos de enojo, furia, desesperación, vacío, entre otros. La expresión de estos les será muy útil para poder superarlos y prepararse progresivamente para la aceptación de la realidad.

La tarea del psicólogo se prolonga, inclusive, hasta esta etapa, considerando que se ha elaborado cuando en la dinámica familiar (en cada miembro a su manera) se logra ubicar al ser querido en la vida emocional y, de esta manera, el recuerdo continúe vivo y que su evocación no sea tan dolorosa.

## **II.3.8 Rol del psicólogo en el abordaje de esta enfermedad**

### **II.3.8.1 Información y comunicación**

La manera de afrontar la enfermedad y de reaccionar ante ella depende, entre otros factores, de la actitud que el paciente desarrolle ante el diagnóstico. Cuando no le sirven para tomar una actitud de lucha o de enfrentamiento, entonces es posible modificarlas relativamente mediante el aporte de información de manera realista; el psicólogo debe ser cuidadoso en cuanto a la forma en que brinda información pues cada persona tiene su manera particular de interpretarla. Además hay que tener en cuenta la capacidad de tolerancia del paciente, en lo que se refiere al contenido de la comunicación, si brindamos información que excede su capacidad de procesamiento, por la razón que sea, nos arriesgamos a que nuestra intervención sea un factor iatrogénico para el paciente. De cualquier manera, los pacientes suelen recibir la información con mejor actitud de la que esperan los familiares y el equipo de abordaje (Poveda, 1990).

Para conseguir una comunicación adecuada con el paciente, es necesario disminuir la ansiedad que producen las malas noticias, así como evitar la tendencia de los profesionales a evadir comunicar hechos que les provoquen emociones incontrolables; además hay que manejar la posibilidad de identificarse con el paciente (dejándose invadir). Un aspecto sumamente importante es aceptar la realidad de que no se tienen todas las respuestas y hacérselo saber al paciente (por ejemplo ¿Cuánto tiempo de vida tengo?, ¿Cómo me voy a morir? ¿Por qué a mí?). Existen respuestas que son difíciles de responder y hay otras que no tienen una respuesta veraz. Los miedos al futuro y la incertidumbre pueden dirigir la mirada hacia él quitando el foco en el presente. Ante las preguntas hay que tener en cuenta que solo el paciente nos dirá exactamente que necesita.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que permite el trabajo sobre el principio de autonomía y seguridad, y la confianza recíproca permite desempeñarse con mayores posibilidades de eficacia, soluciona dificultades o problemas que se pueden dar en el camino, la posibilidad de ayudarse a sí mismo y a los demás, y viceversa. Además, permite el trabajo en conjunto y la coordinación de esfuerzos entre todos los involucrados.

Los objetivos generales de las intervenciones de un psicólogo deben tener en cuenta la necesidad imperiosa de informar, abrir canales para que fluya la comunicación eficaz, servir de orientador y de apoyo, contener (sobre todo en momentos de desborde emocional).

Nunca está de más recordar la importancia de la comunicación no verbal, ya que más del 90% de la comunicación se realiza por canales diferentes al contenido de la comunicación, a saber, expresiones faciales, gestos, mirada, posturas, contacto físico y espacio personal, tono de la voz, la atención, la escucha, la proximidad y orientación corporal, etc. Es muy importante el manejo del silencio. El psicólogo debe poner en marcha la escucha activa y su empatía, evitando el paternalismo y la sobreprotección, de manera que pueda conocer lo que el paciente sabe, lo que le inquieta, lo que quiere saber, evitando (en la medida de lo posible) la excesiva emocionalidad. Deben expresarse los sentimientos personales, y en caso de que cualquier miembro del equipo de trabajo no sepa que decir, simplemente debe admitirse ante el paciente o no decir nada.

El conocimiento de la verdad, de las probabilidades por parte del paciente es un proceso muy difícil de afrontar porque lo coloca frente a su propia finitud, además porque implica que se separe del pasado (lo que fue), le impone el vivir intensamente el presente (hoy por hoy) y planta la incertidumbre en el futuro de manera "inmaquillable".

La toma de contacto con la verdad por parte del equipo de trabajo supone que deberán hacer frente a las nuevas demandas del paciente y su familia, apoyar psicológica y emocionalmente durante la evolución de la enfermedad, van a tener que sostener y a la vez moverse del lugar de receptores de angustias y agresiones, deberán responder a los pedidos de protección, acompañamiento y brindar conocimientos acerca del control del malestar y los síntomas.

La información debe ser brindada de forma paulatina, continuada y de acuerdo al timing y posibilidades del paciente y su familia. Se realizará en varias entrevistas a través de las que se irá “midiendo” el proceso de maduración de la información recibida por el paciente.

Muchos autores apoyan la afirmación **“Nunca se deben quitar las esperanzas”**, pues la verdad conocida no es absoluta y es muy importante la actitud positiva del paciente más allá de las circunstancias. Por supuesto que siempre se busca estimular el criterio de realidad, pero éste no es sinónimo de pesimismo. Es importante mantener una esperanza realista.

Las malas noticias alteran las expectativas de las personas; el grado de malestar que generan está definido por la separación que estas noticias marcan entre las expectativas o planes futuros y la realidad de la situación que plantean. Es importante conocer qué sabe el paciente y así estimar lo que separa sus expectativas de la realidad, también es importante conocer cuánto quieren saber antes de informar. No se debe presuponer los objetos o motivos que causan angustia, así como tampoco debemos valorarlos.

Debemos tener en cuenta que generalmente luego de palabras como “cáncer”, “muerte”, “no hay más tratamientos”, “terminal”, etc. las personas (tanto pacientes como acompañantes, familia) dejan de registrar la información que se ofrece posteriormente (debido al impacto que se produce en su psiquismo). Es por esto que debemos ser muy cuidadosos de las palabras que usamos así como del momento en que las utilizamos. Es importante hablar más en términos de síntomas y menos en términos de diagnósticos; preguntar acerca de lo que siente, piensa y los motivos de las preocupaciones, comprobar las emociones evocadas, confirmarlas (cuando corresponda) y antes del cierre de la cita es importante tranquilizar y reasegurar al paciente, garantizarle su contención y apoyo.

Hay que continuar con seguimientos, controles y acompañamiento aún cuando los pacientes ya no se encuentren en tratamiento anticanceroso; en este caso, se deben establecer otros objetivos distintos a la curación, para esto se puede focalizar en el alivio de síntomas o el control de los mismos, el fortalecimiento y acompañamiento emocional y vincular de su familia.

La importancia del trabajo en equipo tiene varias justificaciones como la riqueza teórica y de abordajes, el unir esfuerzos para combatir y desarrollar estrategias eficaces, entre otras y además porque permite que el impacto agotador del trabajo con estos pacientes pueda ser repartido entre los distintos miembros del equipo y así velar por el bienestar del paciente.

### ***II.3.8.2 Algunas intervenciones ante reacciones adversas de los pacientes***

Es necesario confirmar el enojo, dolor o frustración que le genera la situación, la enfermedad, las incomodidades, los duelos y tristezas que siente, pero se debe corregir el hecho de dirigirla hacia las personas que le sirven de apoyo y contención. En algunos casos, se deberá intentar definir junto con el paciente aquellos comportamientos que la familia y el equipo de abordaje consideran que son aceptables versus aquellos que no serán permitidos. Esto se relaciona con poner límites claros a las conductas de agresión, manipulación, etc.

Generalmente lo que se debe buscar a la hora de enfrentar estas reacciones es que el paciente pueda respetar los límites propios y ajenos, el respeto mutuo, estimular la tolerancia a la frustración e inclusive la posibilidad de sublimar deseos dañinos o poder ponerlos en palabras que permitan una mejor elaboración, etc.

La situación de concurrir al médico, para los pacientes, resulta muy estresante y ansiógena, esto se puede observar en aquellos que no dejan de hablar por un segundo, interrumpen al médico, no escuchan lo que él está diciéndoles, no pueden mantener la idea directriz del pensamiento que estaban tratando de expresar. Otra opción es que ante tanta ansiedad se paralicen y esto se puede ver en aquellos sujetos que se ven rígidos, preocupados, inquietos (física o mentalmente) pero que no hablan o dudan al hablar, no realizan preguntas, etc. Lo importante ante esto es ayudarlos a que se relajen y puedan pensar junto con el profesional que tienen enfrente, pedirle que explique lo que ha entendido, utilizar un lenguaje que le sea comprensible y cualquier otra intervención que se oriente hacia el establecimiento de una comunicación fluida, clara y eficaz entre ambos.

También es recomendable comunicarle al paciente acerca de nuestras percepciones, decirle como lo vemos, de manera que él mismo pueda corroborarlo o no; en caso de no registrar lo que le planteamos se le puede señalar lo visto de manera que se corrija la percepción o que el paciente pueda tomar conciencia de su propia imagen.

Es importante que el paciente esté conectado con su cuerpo, su postura, sus sensaciones, que los reconozca. Lo mismo sucede con los estados de ánimo, ya que esto le ayuda a conocerse, modularlos y manejarlos en la medida de lo posible.

Es fundamental la contención afectiva y emocional, preguntar de qué manera se lo puede ayudar y ofrecer lo que sea posible prestar. De esta manera, la necesidad de pensar en aspectos concretos en los que se necesitan soluciones le permite diferenciar, organizar y de esta manera sentirse menos desbordado por ellos.

Otra tarea muy importante del equipo de atención es el trabajo y apoyo a la familia. Se deben reconocer los recursos que resulten útiles para el cuidado y acompañamiento de la persona, así como identificar al que probablemente será el principal acompañante, cuidador y soporte, ese sujeto deberá ser foco de atención para la contención afectiva. Además se deberá buscar la incorporación de otros miembros de la familia en los cuidados educándolos, estimulándolos a funcionar como soportes prácticos y emocionales de toda la familia, y trabajando junto con ellos en la rehabilitación y inserción del paciente y la recomposición familiar. En caso de que su familiar fallezca, es importante brindar a las familias acompañamiento en el proceso del duelo.

Es fundamental que la familia conozca acerca de las tareas que van a poder realizar con la persona con cáncer: higiene, cuidados necesarios, administración de la medicación, alimentación; también se les debe instruir acerca de lo que deberán hacer ante una crisis, una descompensación, etc.

Hay que tener presente que durante la evolución de la enfermedad, tanto en el paciente como en sus familiares, se pueden producir desajustes en la adaptación lograda hasta ese momento debido a la aparición de una situación nueva o a la reaparición de problemas que requieren de la implementación de nuevas soluciones, nuevas demandas o mayor dificultad para cumplir con las demandas actuales, etc. Todo esto unido al desgaste que conlleva el hacer frente a esta enfermedad puede dar lugar a la denominada *Crisis de claudicación familiar*.

## **II.4 RECAPITULACIÓN Y PUNTUALIZACIONES**

Hemos definido a las enfermedades crónicas como un trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es posible que persista largo tiempo (Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994). El cáncer es una enfermedad crónica grave y compleja en la que factores como los hábitos, estilos de vida, factores ambientales, hereditarios y el estrés pueden estar relacionados con su etiología y evolución.

Estas enfermedades pasan a formar parte de la vida cotidiana de una persona, con sus características particulares y distintivas, lo que implica que cada individuo debe involucrarse en procesos adaptativos, o en intentos de adaptaciones, a los fines de “unificar” su vida hasta el momento del diagnóstico con las modificaciones que le impone el convivir con un nuevo aspecto de su vida.

La cronicidad abre un cuestionamiento acerca del tipo de creencias que la persona va a sostener en función de las causas, la posibilidad de control y la naturaleza o duración de la enfermedad; es decir, debido al estado de permanencia es probable que se produzcan efectos mucho más profundos en la concepción del mundo y de sí mismo, que cada sujeto sostiene, que en el caso de una enfermedad aguda, ya que la frase “ ya se va a pasar” no parece aplicarse debido a la falta de un punto final e incertidumbre con respecto a la evolución en particular del cáncer. Estas enfermedades son experiencias que no desaparecen sino que, de acuerdo a su evolución y posibilidades de control, se convive con ellas hasta el final de la vida.

El “perder el poder”, o teóricamente hablando, “el control” sobre la posibilidad de mejora es una carga de estrés mayor que se agrega al diagnóstico y demandas de adaptación, todo lo cual es acompañado de un intenso malestar emocional. La mayoría de las personas que reciben un diagnóstico de este tipo experimentan pérdidas relacionadas con la salud, autonomía, ideales, proyectos, etc. manifestando reacciones emocionales similares a las que se manifiestan en un proceso de duelo: negación, enojo, desesperación y/ o negación, depresión y reconciliación o aceptación de la realidad.

El cáncer representa una amenaza significativa a la vida, a la calidad de vida, al bienestar y una fuente de daño personal a nivel de autoimagen, rendimiento, desarrollo laboral, relaciones interpersonales y sexualidad. Esta enfermedad se relaciona con deterioros y dificultades a nivel comportamental y fisiológico. Los primeros están en relación, entre otros, a una progresiva pérdida de peso, cansancio, falta de apetito, insomnio, dolor físico, etc. Las dificultades o deterioros biológicos están relacionados a las diferentes disfunciones orgánicas y funcionales de los sistemas del cuerpo. Los efectos psicológicos están estrechamente vinculados a intensas reacciones de estrés, presencia de, en algunos casos, elevados niveles de ansiedad y/o depresión, incertidumbre, sensación de falta de control a nivel personal, social, etc. Otras dificultades que se pueden presentar están en relación a una necesaria reestructuración de organización familiar y social, así como el sobreponerse impacto que produce el diagnóstico en los sistemas de la persona y redes sociales, etc.

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a un número sorprendentemente alto de personas (casi en su totalidad mujeres), no suele presentar síntomas en sus etapas iniciales por lo que es fundamental la realización de auto-exámenes continuos y controles médicos periódicos. Este último dato es importante para justificar la elección del cáncer de mama para esta investigación; depende de la persona (de sus actitudes y comportamientos hacia su salud y estilo de vida) el controlar el estado de su cuerpo y es, justamente, por que una parte de esta enfermedad se encuentra bajo el control de las personas y de sus maneras de enfrentarse ante las dificultades y temores, que es importante conocer cómo afronta su

salud (y posible enfermedad) y qué grado de control considera o percibe que puede ejercer, qué parte de lo controlable considera que puede delegar, etc...

Otro factor importante que seleccionado para investigar es el significado psicológico y personal que tiene el cáncer de mama; debido a que es importante conocer en qué medida se corresponde o no con la idea popularmente aceptada: el diagnóstico de una neoplasia es casi siempre una sentencia de muerte.

Parte de nuestro trabajo como psicólogos es conocer y hacer conocer los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, esto puede permitirnos llevar a cabo acciones apropiadas, cambiar conductas, estilos de vida, etc. en pos de la protección de la salud y/o prevención de la enfermedad. El trabajo del psicólogo de la salud, en el contexto de esta enfermedad, también se relaciona con la ayuda en cuanto a la forma en que se brinda información y en la asimilación de ella, trabajando sobre la tolerancia, evaluando siempre que sea acorde a su capacidad de procesamiento, a sus tiempos. Es también de gran importancia el apoyar a la persona y su entorno, ayudarlos a lidiar con ansiedades, temores y expectativas, así como con el control de ellos mismos, orientarlos hacia la aceptación del diagnóstico, a mantener una actitud realista y espíritu de lucha; buscando estimular al autonomía y el autocontrol (dentro de los límites posibles), siendo referente de contención y acompañamiento, así como un capacitador de los sistemas de apoyo para que también ellos puedan cumplir con sus funciones.

## CAPITULO III

### ESTRÉS



### **III.1 FISIOLÓGIA DEL ESTRÉS**

Las situaciones de estrés, en un primer momento, producirán un aumento general de la activación del organismo. Mientras que Selye postulaba que la activación fisiológica en condiciones de estrés era genérica e indiferenciada, actualmente se afirma que existe una especificidad de las respuestas psicofisiológicas ante la experiencia de estrés.

#### **III.1.1 Sistema nervioso**

La función básica del sistema nervioso es integrar a todos los sistemas que componen el organismo humano, interviniendo también en la comunicación interna y externa (con el entorno). Contiene miles de **neuronas** cuya acción es de naturaleza electroquímica. Dentro de cada neurona, unos iones con carga eléctrica presentan una descarga potencial. La carga eléctrica favorece la emisión de sustancias químicas denominadas **neurotransmisores** (fabricados dentro de cada neurona) que se almacenan en ellas y que al ser liberados se difunden en el **espacio sináptico**.

Los neurotransmisores que han sido identificados presentan una acción electroquímica bastante compleja, debido a que algunos promueven una acción excitatoria (que fomenta el desarrollo del potencial eléctrico de las neuronas), mientras que otros inhiben la transmisión, dificultando la activación de las neuronas. Cuando una neurona es estimulada, libera sustancias químicas, los mensajes excitatorios e inhibitorios presentan un efecto acumulativo. Resulta preciso exceder el siguiente umbral de la neurona para que el mensaje se dispare a la siguiente neurona (en caso de no alcanzar dicho umbral, la neurona no se activará).

La conexión entre neuronas no sigue el modelo de una cadena, sino más bien de red, ya que cada una puede establecer numerosas conexiones con otra neurona, y a su vez hacer sinapsis con muchas más.

Existen tres clases de neuronas: las **aférentes** (o sensoriales) que transmiten la información procedente de los órganos de los sentidos hacia el cerebro, las neuronas **eférentes** (o motoras) que promueven el movimiento de los músculos o la estimulación de las glándulas. Y por último, las **interneuronas** que conectan las neuronas sensoriales con las motoras.

La organización del **sistema nervioso** es jerárquica. Las principales divisiones son: *el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP)*. El primero está compuesto por el encéfalo y la médula espinal y, el segundo contiene todas las neuronas restantes.

#### *Sistema Nervioso Periférico*

Este sistema se divide, a su vez, en dos partes: el **sistema nervioso somático (SNS)** y el **sistema nervioso autónomo (SNA)**. El primero tiene componentes sensoriales y motores que inervan principalmente a la piel y músculos voluntarios, y el segundo inerva fundamentalmente los órganos internos.

La autonomía del SNA se debe a que, tradicionalmente, se ha considerado que el funcionamiento de este sistema escapa al control consciente o voluntario. Si bien las funciones que cumple no requieren de la participación del pensamiento consciente, actualmente se sabe que es posible aprender a ejercer control sobre algunas de sus funciones, aunque esto requiere de esfuerzo y entrenamiento; aún así, hay funciones del mismo que están fuera de nuestro alcance.

A su vez, el SNA se divide en: **sistema nervioso simpático** y **sistema nervioso parasimpático**. La **división simpática** moviliza los recursos del organismo en situaciones de emergencia, estrés o emocionalmente importantes. Esta clase de respuesta también ha sido denominada como “reacción de lucha o huida”. La activación del sistema simpático prepara al cuerpo para desarrollar una actividad motora intensa (necesaria para atacar, defenderse o escapar) incluyendo, entre otras, aumento de pulsaciones y de la fuerza del pulso cardíaco, constricción de los vasos sanguíneos, de la piel, descenso de la actividad gastrointestinal, aumento de la respiración, estimulación de glándulas sudoríparas y estimulación de las pupilas. La **división parasimpática** del SNA, promueve la relajación en condiciones normales y sin estrés.

Ambos sistemas inervan los mismos órganos, pero funcionan coordinadamente predominando uno por sobre el otro en diferentes momentos, es decir, la activación de uno aumenta a medida que disminuye la del otro.

Como sucede en las demás áreas del sistema nervioso, las neuronas del sistema nervioso autónomo son activadas por los neurotransmisores. La neurotransmisión en este sistema es conducida, principalmente por dos sustancias químicas **acetilcolina** y **norepinefrina** (también conocida como noradrenalina). Cada uno de estos neurotransmisores tiene efectos distintos en sistemas de órganos diferentes (debido a que los órganos contienen diversos receptores neuroquímicos).

En situaciones óptimas, el sistema nervioso autónomo se adapta de forma estable y rápida, movilizand los recursos mediante la activación simpática y ajustándose a las demandas normales generadas por la activación parasimpática.

### **III.1.2 Sistema Neuroendocrino**

Este sistema está formado por glándulas endocrinas (sin conducto) controladas por el sistema nervioso y distribuidas por todo el organismo. Estas glándulas segregan sustancias químicas conocidas como **hormonas** que viajan por el torrente sanguíneo a todo el cuerpo.

Aunque las hormonas circulen por todo el cuerpo, existen receptores especializados en tejidos específicos y órganos determinados, que favorecen ciertos efectos. Una vez que han alcanzado el objetivo, las mismas pueden tener un efecto directo, o bien ocasionar la secreción de otra hormona.

Tanto el sistema endocrino como el nervioso comparten similitudes en su funcionamiento que les permiten trabajar estrechamente. Por ejemplo, ambos sistemas comparten, sintetizan y liberan sustancias químicas, en el Sistema Nervioso encontramos los **neurotransmisores** y en el Sistema Endócrino las **hormonas**. Ambos sistemas promueven, por igual, comportamientos integrados y adaptativos, presentando una serie de funciones de comunicación y control.

Algunas diferencias entre ellos son: la activación de las neuronas suele ser rápida y su efecto breve, mientras que el sistema endocrino responde más lentamente y su acción es más duradera. En el sistema nervioso, los neurotransmisores se liberan mediante la estimulación de impulsos nerviosos que fluyen por los espacios sinápticos y, a continuación, son reabsorbidos y desactivados de inmediato. En el sistema endocrino, las hormonas son sintetizadas por células endocrinas, se liberan en la sangre llegando a su destino en cuestión de minutos (incluso horas), su efecto suele ser prolongado.

### Glándula Pituitaria o Hipófisis

También conocida como “glándula maestra”, está ubicada en el cerebro y conectada con el hipotálamo. Fabrica diversas hormonas que afectan a otras glándulas y promueven la producción de otras hormonas. De las siete hormonas que se fabrican en la parte anterior de la glándula pituitaria, la hormona **adrenocorticotrópica (ACTH)**, juega un papel fundamental en la respuesta del estrés. Cuando es estimulada por el hipotálamo, la pituitaria libera ACTH que actúa sobre las **glándulas suprarrenales**.

### Glándulas Adrenales

Son glándulas endocrinas, situadas en la parte superior de ambos riñones. Cada glándula está formada por: una capa externa denominada **corteza suprarrenal**, y una parte interna llamada **médula suprarrenal**. Cada una segrega hormonas importantes en la respuesta del estrés.

La respuesta adrenocortical tiene lugar cuando la ACTH (segregada por la glándula pituitaria) estimula la corteza suprarrenal para liberar una clase de hormonas denominada **glucocorticoides**. Dentro de esta clase de hormonas, una de las más importantes es el **cortisol**, está tan relacionada con el estrés que el nivel de cortisol en sangre se utiliza como *índice biológico de estrés*.

La respuesta adrenomedular incluye la activación de la médula suprarrenal mediante el sistema nervioso simpático, el cual promueve la secreción de **catecolaminas**, que es una clase de sustancia química que contiene **epinefrina** (también conocida como adrenalina) y **norepinefrina**. La primera se produce exclusivamente en la médula suprarrenal, la segunda es también un neurotransmisor y se produce en distintas partes del cuerpo. Estas dos hormonas actúan con mayor lentitud que otros neurotransmisores y su acción es más prolongada.

## **III.2 LA RESPUESTA DEL ESTRÉS**

Ya habíamos planteado que el sistema nervioso simpático (dentro del SNA) controlaba la movilización de los recursos del cuerpo en situaciones emocionalmente fuertes, estresantes o de emergencia. Gracias al efecto de las distintas hormonas y neurotransmisores, el estrés ocasiona una serie de acontecimientos complejos dentro del organismo.

A nivel fisiológico, se pueden distinguir tres ejes de actuación en la respuesta de estrés (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 2005; citado por Oblitas Guadalupe, 2004):

1). **Eje Neural:** se activa de manera inmediata en todos los casos. Provoca la activación simpática, incrementando la activación del sistema nervioso somático. No suele provocar trastornos psicofisiológicos, aunque los únicos problemas que pueden traer pueden deberse a un mantenimiento excesivo de la tensión muscular por la activación de este sistema.

Los principales efectos de su activación son: dilatación pupilar, secreción salivar escasa y espesa, sudoración copiosa, aumento de la tasa cardíaca, aumento de la contractibilidad del corazón, aumento de la rapidez del impulso cardíaco, vaso constricción de vasos cerebrales y de la piel, vaso-dilatación en músculos, dilatación de bronquios, glucogénesis en el hígado, constricción del bazo, disminución de la secreción de orina y aumento del metabolismo basal (Oblitas Guadalupe, 2004).

2). **Eje Neuroendocrino:** este eje es más lento en activarse, necesitando para ello condiciones de estrés sostenidas. Implica la activación de la respuesta adrenomedular, con la consiguiente secreción de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina), lo que facilita el aumento y mantenimiento de la actividad adrenérgica, produciendo resultados similares a los producidos por la actividad simpática, pero más lentos y duraderos.

La activación de este eje está asociada con la “respuesta de lucha o huida”, teniendo en cuenta que se dispara cuando el individuo percibe que puede hacer algo para controlar la situación estresante. Por lo que, está relacionado con la puesta en marcha de conductas motoras de afrontamiento.

Los principales efectos de la activación de este eje son: **aumento** de presión arterial y del aporte sanguíneo al cerebro, de la tasa cardíaca, estimulación de músculos estriados, de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre, y secreción de opiáceos endógenos. Por otro lado le acompañan efectos de **disminución** del riego sanguíneo a los riñones, también al sistema gastrointestinal y a la piel (Oblitas Guadalupe, 2004).

3). **Eje Endócrino:** implica mayor actividad hormonal, por parte de las conexiones adrenales-hipofisarias que responden mediante la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona), al igual que mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorterona), lo que facilitará la retención de sodio en los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado.

También implica la secreción de la hormona del crecimiento y de hormonas tiroideas, especialmente la Tiroxina; su aumento trae como consecuencia una situación de desgaste general, mientras que la secreción de vasopresina aumenta la retención de líquidos.

El arranque de este eje es aún más lento que los anteriores, y sus efectos son más duraderos, necesitando de una situación de estrés más sostenida. A diferencia del eje anterior este puede dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento (solo puede resistir o soportar el estrés). Sus efectos más importantes están relacionados con: síntomas de depresión, indefensión, pasividad, percepción de incontrolabilidad, inmunosupresión y sintomatología gastrointestinal; también se puede producir una exacerbación del herpes simplex, bloqueo de la respuesta inflamatoria, retención de líquidos en el riñón e interferencia en la generación de proteínas. Se produce un **aumento** de la producción de glucosa, irritación gástrica, aumento en la producción de urea, en la liberación de ácidos grasos en sangre, producción de cuerpo cetónicos, depósitos de glucógeno en el hígado. Esto acompañado por una **disminución** de eosinófilos en circulación, fosfatos y calcio en riñón, apetito y mecanismos inmunológicos (Oblitas Guadalupe, 2004).

En síntesis, cuando una persona percibe estrés, la división simpática del SNA estimula a la persona en estado de reposo mediante la activación de la médula suprarrenal, la cual producirá catecolaminas. La glándula pituitaria libera ACTH que, a su vez, afectará la corteza suprarrenal emitiendo glucocorticoides. Esto busca que el cuerpo se prepare para resistir el estrés, soportar lesiones (mediante la emisión de cortisol, considerado un antiinflamatorio natural). De esta manera el SNA se activa rápidamente, así como todas las transmisiones nerviosas, mientras que la acción del sistema neuroendocrino es más lenta. Ambos sistemas forman la base fisiológica de la respuesta del estrés así como del potencial de enfermedad.

### **III.3 HISTORIA DEL CONCEPTO**

El término “estrés” fue empleado en el siglo XIV con el fin de referirse a experiencias negativas como las adversidades de la vida, el sufrimiento, aflicción, etc. Sin embargo, en el siglo XVII, debido a la influencia del biólogo y físico R. Hooke, el concepto de estrés se asocia a fenómenos físicos relacionados con estructuras que debían soportar distintas fuerzas. Ingenieros y físicos comenzaron a utilizar tres términos relacionados con las características físicas de los cuerpos sólidos, carga (*load*), distorsión (*strain*) y estrés (*stress*).

*Carga* significaba el peso ejercido sobre una estructura mediante una fuerza externa; *estrés* era la fuerza interna presente en el área del objeto sobre el que actuaba la fuerza externa (cuando la estructura sólida era distorsionada); y por último *strain* era la deformación en tamaño o forma de la estructura respecto a su estado original debido a la acción conjunta de la carga y el estrés. Así, desde el punto de vista físico, el estrés ha sido definido como una fuerza generada dentro de un cuerpo, por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar (a modificar) dicho cuerpo.

Los tres conceptos (carga, estrés y distorsión) fueron adoptados por la fisiología, psicología y sociología e influyeron en el desarrollo de las distintas teorías acerca del estrés. La *carga* derivó en el término “estresor” (estímulo inductor de estrés), el término *estrés* y *strain* habitualmente se pueden diferenciar, utilizando el término estrés para referirse al estímulo (mensurable) y strain para indicar la respuesta individual y particular al estresor.

De esta manera, el concepto de estrés va a aplicarse de forma diferente según qué entiendan por él. Los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran al estrés en términos de respuestas; las orientaciones psicológicas y psicosociales que se han focalizado sobre la situación estimular, lo han considerado como un fenómeno externo, estimular. Además, entre las orientaciones psicológicas se propone un factor a tener en cuenta que funciona como mediador entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas los factores cognitivos, la experiencia de estrés. El elemento común a estas diferentes formas de entender el estrés es la consideración del mismo como un fenómeno complejo, que implica estímulos y respuestas, además de procesos psicológicos que median durante todo el proceso.

### **III.4 ORIENTACIONES TEÓRICAS SOBRE EL ESTRÉS**

#### **III.4.1 Teorías que entienden al estrés como respuesta**

Hans Selye investigó y popularizó el concepto de estrés, destacando su relación con las enfermedades físicas, instruyendo al público acerca de la importancia del estrés. Su postura original partía de la base de que el estrés era un estímulo, centrándose en las condiciones medioambientales que lo producían. En la década de 1950, Selye empezó a utilizar el término para referirse a una respuesta desarrollada por el organismo. Para distinguir ambos elementos, utilizó el término *estresor* para referirse al estímulo y *estrés* para designar la respuesta. El agente desencadenante del estrés (estresor) atenta contra la homeostasis del organismo (es nocivo para su equilibrio).

Esta teoría, tanto en sus primeras versiones (Selye, 1954; 1960) como en las más recientes (Selye, 1983), define al estrés como “*un estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema*”

*biológico. Así, el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa en particular” (Selye, 1960).*

En relación a la cuestión de la inespecificidad de la respuesta, si bien se asume que cada demanda realizada sobre el organismo es específica y, que estas provocan respuestas altamente específicas (calor= sudoración); todos los agentes poseen una cosa en común: el aumento en la demanda de adaptación o ajuste del organismo. La inespecificidad se refiere a que cualquier estímulo puede provocar la activación de estas respuestas, cualquier demanda puede generar una respuesta de estrés.

Esta respuesta “estereotipada” implica la activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo. Entendiendo al estrés de esta manera, Selye (1974) afirma que este no es algo que por sí mismo deba ser evitado, ya que puede estar asociado a experiencias placenteras o displacenteras. Cuando se presenta de manera excesiva (implica un sobreesfuerzo del organismo para reequilibrarse) es cuando generalmente aparece el sufrimiento del sujeto.

Una de las ventajas de esta teoría es la operatividad en cuanto a la definición del estrés: está asociado con dos fenómenos observables: el **estresor** y la **respuesta de estrés**. El primero, es cualquier demanda que evoca un patrón de respuesta (puede ser físico, psicológico cognitivo o emocional). La respuesta de estrés (entendida como un intento generalizado del organismo por defenderse de los agentes nocivos) está constituida por el denominado *Síndrome General de Adaptación* (SAG), que se desarrolla en tres etapas:

- 1) **Reacción de alarma:** se produce cuando el organismo es expuesto repentinamente a estímulos que movilizan su equilibrio interno con el fin de activar el sistema nervioso simpático y así maximizar su fuerza para preparar la respuesta de lucha/huída. Esta etapa tiene dos fases: La fase de choque es la reacción inicial e inmediata ante el estresor. Los *síntomas orgánicos* típicos de esta fase son la taquicardia, la pérdida del tono muscular, aceleración de la respiración, la disminución de la temperatura y de la presión sanguínea. La secreción de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides son las reacciones de defensa que empiezan durante esta fase, aunque se incrementan en la segunda fase de esta etapa. La fase de contrachoque es una reacción de rebote caracterizada por la movilización de una fase defensiva (defensa contra el choque). Se agranda la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático y *síntomas* opuestos a los de la fase de choque (hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc.). Como respuesta de corto plazo a una situación de emergencia, estas reacciones físicas son adaptativas, pero muchas situaciones estresantes modernas implican una exposición prolongada al estrés pero no requieren de la acción física.
- 2) **Etapa de resistencia:** ningún organismo pueden mantenerse constantemente en un estado de alarma. En esta etapa se produce la adaptación al estresor junto con una mejora y/o desaparición de los síntomas, la persona presentará un aspecto externo normal, pero fisiológicamente el funcionamiento no es normal. Se caracteriza por un aumento en la resistencia hacia el agente nocivo particular y menor resistencia a otros estímulos. La duración de esta fase depende de la intensidad del estresor y de la capacidad adaptativa del organismo. La continuación del estrés promueve cambios fisiológicos y hormonales.

Selye creía que estas demandas se cobraban algo a cambio, emparentando esta etapa con lo que se conoce como *enfermedades de adaptación* (úlceras pépticas, colitis

ulcerosa, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo y asma bronquial), aquellas anomalías relacionadas con un estrés continuo y persistente.

- 3) **Etapa de agotamiento:** la capacidad de resistencia no es ilimitada, si el estresor sigue presente, el organismo pierde la adaptación adquirida y entra en una fase de agotamiento (siempre que el estresor sea lo suficientemente severo y prolongado); aquí reaparecen los síntomas característicos de la reacción de alarma generando daños más importantes que en aquella fase, se activa la división parasimpática del sistema nervioso autónomo, presentando un nivel de funcionamiento anormalmente bajo debido a que debe compensar el elevado nivel de activación simpática precedente. Selye consideraba que este agotamiento solía producir depresión.

De entre todos los trastornos que pueden ser ocasionados por el estrés, los denominados *psicofisiológicos*, tales como cefaleas, hipertensión, asma, tics, disfunciones sexuales son los que han acaparado la atención. La mayoría de estos trastornos se deben, en parte, a la manera en que el sujeto responde a las situaciones de estrés. Por otra parte, el desarrollo de un trastorno será más fácil cuanto mayor sea la frecuencia y la duración de las respuestas de activación provocada por la situación que el sujeto considera estresante.

Latorre Postigo y Beneit Medina (1994) consideran que las respuestas al estrés pueden agruparse en *fisiológicas, cognitivas y de conducta*. Algunas de estas pueden ser consideradas como involuntarias, mientras que otras se inician voluntariamente en un esfuerzo consciente de afrontamiento.

La principal **respuesta fisiológica** es la elevación del *arousal* o activación. Las **respuestas cognitivas** están relacionadas con el *proceso de valoración* (del cual hablaremos en detalle más adelante) por medio del cual el sujeto percibe el medio, selecciona y procesa la información, evalúa las situaciones como relevantes o irrelevantes, atemorizantes o inocuas, etc. y determina en gran medida las posibilidades y las formas en que le afectará el estrés. Por último, las **respuestas motoras** (entendidas como los comportamientos observables), están muy relacionadas con los estilos de vida regulando la probabilidad de aparición de demandas importantes desde el medio. Las respuestas básicas son: enfrentamiento, huida o evitación y, menos frecuente, pasividad.

Hay autores que señalan que frecuentemente el enfrentamiento o huida en situaciones de estrés se desarrolla en forma de respuestas específicas aprendidas previamente. Por lo que el disponer de habilidades más o menos adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés depende, además, de una información precisa acerca de la situación, de que haya tenido la posibilidad de aprender las conductas adecuadas y de que haya obtenido un reforzamiento suficiente en las ocasiones previas.

Algunas de las críticas a esta teoría: si bien se define operacionalmente mediante estímulos y respuestas, no está formulada de manera científica (Vingerhoets, 1985) porque no establece las condiciones para que un estímulo sea considerado como un estresor independientemente de sus efectos. Otra crítica plantea que Selye define al estresor de manera redundante (es un estímulo que produce estrés). Además, este enfoque considera la respuesta de estrés como si fuera únicamente orgánica, dejando de lado los factores cognitivos, emocionales y comportamentales.

Una de las críticas más importantes, también relacionada con el estresor tiene que ver con el concepto de inespecificidad y con el componente emocional. El primero, parte de que la respuesta de estrés es inespecífica porque puede observarse ante diversos estresores (todos

producen activación). Sin embargo, en algunas conclusiones de los trabajos de Mason (1968, 1971; citado en Belloch, Sandín y Ramos, 1995), se observa que las respuestas inespecíficas estarían producidas por *estímulos emocionales*, por lo que ya no sería tan atinado hablar de inespecificidad sino de activación emocional; es decir, pareciera que existe una respuesta específica para todos los estímulos emocionales (el estrés podría ser una respuesta provocada por factores psicológicos que acompañan a los estresores).

#### *Concepción de estrés*

Para esta perspectiva, el funcionamiento fisiológico y psicológico del sujeto está continua y diariamente trabajando bajo ciertos niveles de activación (equilibrio); según las vivencias diarias, esta activación fluctúa y es asociada a emociones. El estrés se produce cuando se altera el funcionamiento o equilibrio normal debido a la acción de algún agente externo o interno. Cuando esto sucede, la reacción es un esfuerzo extraordinario que busca contrarrestar el desequilibrio lo que suele ser acompañado por un incremento en la activación o inhibición, cambios en los estados emocionales, sensación subjetiva de tensión y esfuerzos.

#### **III.4.2 Teorías que entienden al estrés como producido por estímulos**

Los modelos del estrés basados en el estímulo pueden agruparse en la perspectiva conocida como el *enfoque psicosocial del estrés* o *enfoque de los sucesos vitales* (Holmes y Rahe, 1967). Esta visión coincide con lo que popularmente se denomina como estrés.

Estos modelos interpretan y entienden al estrés en relación a las características de los estímulos del ambiente, estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. A diferencia de la perspectiva anterior, el estrés se coloca fuera del individuo (es una variable independiente) y los efectos producidos por el estrés son los que recaen sobre la persona.

La tolerancia al estrés (como fuerza externa) puede variar de una persona a otra. Cuando la estimulación excede los límites personales, se vuelve intolerable y se producen daños fisiológicos y/o psicológicos.

Una de las dificultades teóricas de este enfoque es la que corresponde a la delimitación de las situaciones que son consideradas como estresantes, ya que está claro que una situación puede ser estresante para una persona aún cuando para otra puede ser poco o nada "estresantes". En razón de esto, en 1970 Weitz (citado por Belloch, Sandín y Ramos; 1995) trató de clasificar los diferentes tipos de situaciones que han sido considerados como estresantes: 1). Procesar información velozmente, 2). Estímulos ambientales dañinos, 3). Percepción de amenaza, 4). Función fisiológica alterada (por ejemplo, como resultado de enfermedad, pérdida de sueño, drogas, etc.), 5). Aislamiento y confinamiento, 6). Bloquear, obstaculizar, 7). Presión grupal y 8). Frustración

Algunas de las fuentes de estrés planteadas por Brannon y Feist (2001) son el ambiente, dentro del cual incluiríamos las aglomeraciones, ruido, contaminación, temor a la violencia y la alienación personal, que al combinarse con el entorno urbano, se convierten en importantes fuentes de estrés para el organismo:

a). Aglomeración: es una condición psicológica que se produce gracias a la percepción que tiene una persona de encontrarse confinada en un entorno densamente poblado. Afecta el comportamiento humano de forma negativa, aunque su efecto sobre el bienestar mental es más claro.



b). Contaminación ambiental: puede producir efectos directos sobre la salud, así como a través del incremento del estrés.

- Ruido: resulta nocivo cuando se trata de un estímulo no deseado que invade el entorno de la persona. Algunas de las consecuencias son: el aumento de respuestas psicológicas relacionadas con el estrés crónico, disminución de la capacidad para realizar tareas cognitivas complejas, etc. El control personal es un factor importante a la hora de valorar los efectos estresantes del ruido, es decir, si la persona puede hacer algo para controlar la estimulación.

- Presión urbana: se refiere a los estresores medioambientales múltiples que afectan la vida cotidiana, como los conflictos diarios y el temor a la violencia. Estos se suman a la experiencia del estrés junto con las anteriores.

c) Ocupación: se considera que la falta de control resulta más estresante que la carga que supone la toma de decisiones. Generalmente, los trabajos de niveles inferiores suelen ser más estresantes que los cargos ejecutivos, es decir, elevados niveles de exigencia junto con escaso control son condiciones que estimulan aún más las posibilidades de padecer estrés laboral, a la vez que se relaciona con enfermedades cardiovasculares.

d). Relaciones personales: este factor es una fuente potencial de estrés, así como también sirve como fuente protectora o como elemento amortiguador de él. Además, hay que tener en cuenta que esta posible fuente de estrés opera de diferentes maneras de acuerdo al género y los roles sociales que ejercen las personas (debido a las expectativas de rol). La falta de apoyo en la pareja es un factor altamente predictor de estrés.

e). Problemas de sueño: entre el sueño y el estrés la influencia es mutua, ya que si bien el estrés es causa habitual de problemas de sueño, de la misma manera, las dificultades para dormir son fuentes de estrés. El problema más habitual es el insomnio, se asocia a problemas conductuales y de salud como: cansancio, ansiedad, mareos, aflicción y fatiga. El estrés, la depresión y la ansiedad pueden ser, al mismo tiempo, causas o efectos de estos trastornos. Además, los pensamientos intrusivos y los factores medioambientales (ruido, olores, luces, etc.) son habituales fuentes de trastornos del sueño (tanto de conciliación como de mantenimiento).

Las investigaciones apoyan las hipótesis de que los trastornos del sueño están asociados con cambios en el sistema inmunológico lo que los relaciona estrechamente con diferentes enfermedades. Tal es así que ciertas respuestas del sistema inmunológico disminuyen, mientras que otras aumentan durante la falta de sueño. Inclusive, la privación parcial del sueño puede afectar negativamente al sistema inmunológico.

Los autores señalaron que la magnitud del cambio vital está alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad. También afirmaron que cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de la enfermedad (en una población de riesgo). Por último, afirmaron que existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada (González, 1987, citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

La principal crítica que se realizó a este enfoque es que, a diferencia de lo que plantean, la reacción del sujeto depende más de la percepción del evento que del evento en sí mismo, resaltando que el enfoque no toma en cuenta las diferencias individuales en la respuesta al estrés. Otra crítica, parte del hecho de que si bien los eventos vitales aumentan

los niveles de estrés esto no quiere decir que vaya a producirse una enfermedad, consideran necesario que para que ella se origine deben presentarse otros factores. También se señaló que en muchos casos los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva, en lugar de enfermar, activando la resiliencia, la posibilidad de crecer y madurar.

### **III.4.3 Teorías que consideran al estrés como resultante de la interacción entre sujeto y estímulos**

El principal exponente de la *perspectiva interaccional* es R. Lazarus junto con S. Folkman (1966-1986); ambos buscaban maximizar el valor de los factores psicológicos (principalmente los cognitivos) considerándolos como mediadores entre los estímulos o estresores y las respuestas de estrés; es decir, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno.

Lazarus y Folkman definen al estrés como “*un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal*”.

Esta perspectiva se centra en la idea de que la *evaluación* (appraisal), como mediador cognitivo de las reacciones de estrés, es un proceso universal mediante el cual las personas valoran u otorgan significación a lo que ocurre. En ella intervienen factores como las motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc. La interpretación de los acontecimientos estresantes es más importante que experimentar dichos acontecimientos. No es el suceso medioambiental ni tampoco la respuesta de la persona la que define el estrés, sino la *percepción* que tiene de la situación psicológica (la cual incluye peligros potenciales, amenazas y desafíos), así como la capacidad percibida para afrontar dichas situaciones.

La teoría cognitiva transaccional de Lazarus (1986) reconoce tres tipos de **evaluación** que emplean las personas:

**Evaluación Primaria:** evalúa la importancia de la interacción con el medio en benigna-positiva, irrelevante o estresante (la que a su vez se puede clasificar en pérdida, amenaza, desafío, o beneficiosa).

**Evaluación Secundaria:** el individuo evalúa que opciones de reacción están disponibles, estima cuál es la mejor, qué probabilidad hay de que dé resultado y qué consecuencias traerá. Es decir, valora la probabilidad personal de que una determinada opción de afrontamiento lleve al resultado deseado.

**Reevaluación:** consiste en el proceso de modificación que se realiza sobre las evaluaciones anteriores debido a la nueva información sobre el ambiente o las propias reacciones; esto permite tomar conocimiento acerca de si la opción elegida es o no adecuada.

En ocasiones esta evaluación no disminuye el estrés, sino que puede aumentarlo. Es el caso de una situación previamente evaluada como benigna pero que posteriormente adquiere carácter amenazador, desafiante o peligroso, debido a modificaciones en la misma o en la persona.

Una vez realizada la acción evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida en que sean eficaces o no las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer

frente a la amenaza, desafío o daño. Estas acciones son las “estrategias de afrontamiento” o *coping*.

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) definieron el afrontamiento como “*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto*”. Es un proceso que cambia constantemente en la medida en que las consecuencias de sus actos son valorados como éxitos o fracasos. Se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a las situaciones estresantes que requiere de esfuerzos orientados a *manejar* la situación.

Algunos de los factores de los que depende la capacidad de una persona de afrontar una situación, según Lazarus y Folkman (1984), son: la salud y energía de la persona, las creencias de tipo positivas acerca de sí misma, la capacidad para resolver problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos de afrontamiento entre los que encontramos los recursos materiales.

DeLonguis, Lazarus y Folkman (1988; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) plantean que el estrés no es una variable simple, sino que implica un sistema de procesos interdependientes, incluyendo la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuestas psicológicas y somáticas. La manera en que las personas afrontan las situaciones estresantes en su vida, incluyendo los acontecimientos negativos cotidianos, juegan un papel importante en la incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés.

Otro concepto a tener en cuenta en esta teoría, es el de **vulnerabilidad**. Se considera que una persona es vulnerable a que su estrés aumente cuando carece de recursos físicos o sociales en una situación de importancia personal. En relación a esto, Lazarus y Folkman (1984) insistieron en que los déficits físicos o sociales en sí mismos no son suficientes para generar una situación de vulnerabilidad. Lo que importa es conocer si la persona considera a la situación dada como significativa para ella. Se diferencia de la amenaza debido a que solo representa el potencial de dicha amenaza, la cual existe cuando uno percibe que su autoestima esta en juego, mientras que la vulnerabilidad aparece cuando la falta de recursos puede dar lugar a una situación potencialmente amenazadora o peligrosa.

#### **III.4.4 Otras perspectivas teóricas**

Selye, ya había reconocido los aspectos positivos del estrés. Según García Gutiérrez (1998, citado por Oblitas Guadalupe, 2004) habría incluido diferencias entre resultados agradables y resultados desagradables. Los primeros provocarían “*eustrés*” y los segundos “*distrés*” (popularmente llamado estrés). Esta aclaración teórica no modificó su concepción general del estrés como una respuesta inespecífica.

##### **III.4.4.1 Modelo de Distrés-Eustrés**

Cuestiona la identificación del estrés con el distrés; sugiriendo que sería tomar una visión patologizante y desconocer totalmente la salud (la cual se vería realizada cuando el sujeto puede manejar exitosamente las demandas). El eustrés ofrece a las personas experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros, fortaleciendo su propia autoestima y reforzando sus estrategias de afrontamiento. Además, permite una mejor

adaptación, la reducción de las consecuencias del distrés y posibilita el desarrollo de criterios valiosos para entender la salud.

Desde una perspectiva fisiológica, el eustrés se puede pensar como el incremento de las catecolaminas, sin la aparición de cortisol (entendido como un biomarcador de las situaciones de distrés).

Desde el trabajo terapéutico, el tratamiento del distrés intentará reducir la tensión muscular, aliviar los perjuicios y “liberar” a la mente de los procesos cognitivos nocivos que producen las demandas con características de distrés. La idea sería poder facilitar procesos de eustrés que promuevan la salud y el bienestar.

García Gutiérrez (1998; citado en Oblitas Guadalupe, 2004) afirmó que debería ser posible realizar una formulación del proceso general del estrés que integre tanto los sucesos negativos como los positivos (distrés y eustrés), las variables ambientales y los recursos personales (distresores y eustresores), las características de la persona (tanto las protectoras como las nocivas), las experiencias subjetivas (es decir, las apreciaciones cognitivas), las respuestas de las personas en situaciones de eustrés y de distrés, y las posibilidades de transformación (generar eustrés a partir del distrés). Todo esto en relación a la variable tiempo que puede afectar los distintos procesos.

#### **III.4.4.2 Modelos Integradores Multimodales**

Un poco en respuesta a lo anterior, estos modelos se apoyan en un nuevo paradigma que surge desde los múltiples modelos existentes en relación al estrés. Lo consideran como una transacción entre la persona y el ambiente, a la vez que otorgan importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas de las personas en estos distintos niveles de análisis.

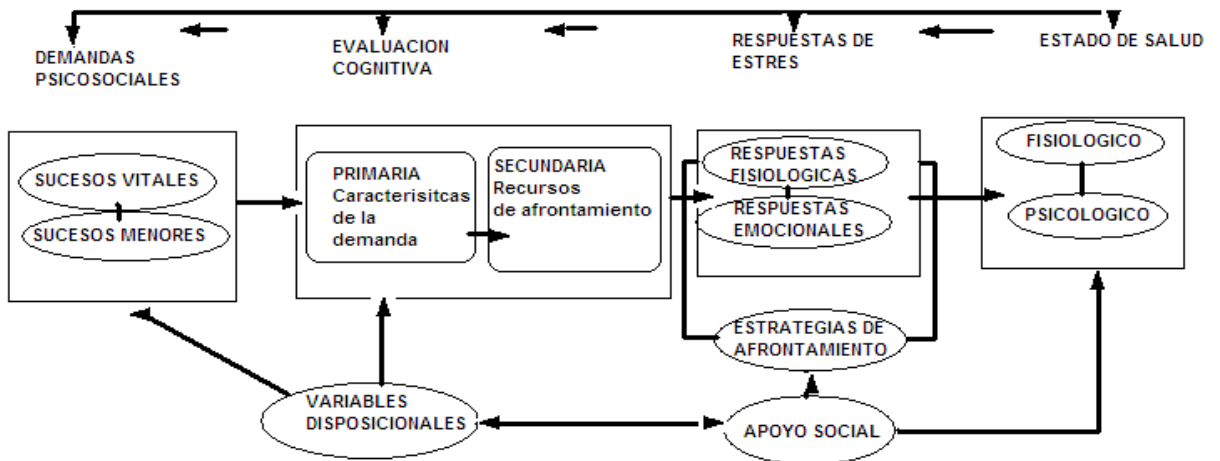
Un ejemplo de estos modelos es el de Sandín (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Oblitas Guadalupe, 2004) que incluye los distintos componentes recientemente mencionados, aunque de forma esquemática. Su modelo abarca 7 etapas en las cuales se incluyen otros principios:

1. Demandas Psicosociales: comprenden lo que se denominó “estrés psicosocial” o estresores ambientales. Incluye, no solo los factores psicosociales, sino también los agentes ambientales naturales (por ejemplo, radiación, electricidad atmosférica, frío, calor, etc.) y artificiales (ruido, contaminación atmosférica, etc.). El abordaje se realiza en función de dos tipos de demandas: los sucesos vitales y el estrés diario. La propiedad definitoria de esos sucesos vitales es el cambio, es decir, su potencial estresante está en función de la cantidad de cambio que conlleva. El estrés diario supone que tiene más peso que los primeros; toma en cuenta dos tipos de eventos los *hassles* y los *uplifts*. Uno de los problemas que presenta es el solapamiento de las características de ambos eventos a la hora de diferenciarlos.
2. Evaluación Cognitiva: incluye la evaluación primaria, secundaria y la reevaluación. Los sucesos vitales y los acontecimientos diarios (o sucesos menores) ejercen demandas sobre el organismo que son valoradas por éste; dependiendo de cómo sea esta valoración se producirá o no la respuesta de estrés. Esta ocurrirá únicamente si la persona percibe que el suceso supera o

grava sus recursos (afrontamiento, apoyo social, etc.) (Lazarus y Folkman, 1984).

3. Respuesta de estrés: abarca las respuestas fisiológicas (tanto las neuroendocrinas como las del SNA) y las respuestas psicológicas (emocionales, cognitivas y conductuales).
4. Estrategias de afrontamiento (coping): incluye los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea la persona para manejar las demandas externas e internas valoradas como desbordantes, así como para suprimir el estado emocional del distrés. En realidad esta es la última etapa del distrés propiamente dicho. Estas cuatro fases interactúan constantemente en un proceso dinámico.
5. Variables disposicionales: ejercen su influencia sobre las cuatro etapas anteriores; algunas son: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, los factores demográficos (edad, sexo, etc.) y las variables personales relativamente estables, pues posiblemente estas puedan explicar las diferencias individuales en las reacciones. Algunas relaciones entre estas y trastornos asociados con el estrés se pueden dar por (Sandín, Belloch y Ramos, 1995):
  - La personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (por ejemplo, reactividad cardiovascular) y/o indirectos (por ejemplo, modulación del sistema inmunológico);
  - Las características de personalidad pueden potenciar la enfermedad al motivar conductas no saludables (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol);
  - Ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (por ejemplo, dependencia).
6. Apoyo Social: se ha asociado como factor que puede amortiguar el efecto de las demandas estresantes sobre la respuesta de estrés. Implica la disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, presencia de personas con las que se ha construido vínculos significativos, redes sociales, apoyo personal. Es importante poder reconocer elementos primarios como: la dirección del apoyo (según sea aportado, recibido o ambas), la disposición (referida a la disponibilidad en cantidad y calidad, utilización real del recurso), debe poder ser evaluado y descrito tanto en su naturaleza como en su cualidad, los contenidos (emocional, instrumental, informativo o valorativo) y las redes sociales que constituyen la fuente del apoyo
7. Estado de Salud: si bien esta etapa depende de las anteriores, más que una etapa es un resultado. Está relacionado con el desarrollo de conductas nocivas o protectoras de la salud. Por ejemplo, un afrontamiento inapropiado (fumar, aislamiento, reducción del ejercicio físico, etc.) puede ser nocivo para la salud.

En relación a este modelo, Sandín (1995) aclara que es solo un esquema con fines didácticos, no es exhaustivo, “es un modelo dinámico y comprensivo, que implica interrelaciones entre los distintos componentes del concepto de estrés, y que posee valor heurístico para estimular nuevos trabajos sobre la psicopatología del estrés”.



\*Cuadro 3: “Etapas del Modelo Multimodal de Sandín”, Oblitas Guadalupe, 2004

Este modelo sugiere que los sucesos vitales son en primer lugar (etapa 1) codificados por la percepción del sujeto, lo que determina que los mismos sean relevantes o no para su salud (esta etapa tiene cierta equivalencia con la evaluación cognitiva planteada por Lazarus). En un segundo momento, si el suceso es percibido como significativo, se ponen en marcha los mecanismos de defensa del individuo (cierta correspondencia con el afrontamiento), los cuales determinarán, en un tercer momento, los niveles de respuestas psicofisiológicas. La etapa 4 hace alusión a las conductas que realizará el individuo para reducir las respuestas psicofisiológicas, entre ellas se comprenden una serie de respuestas, la mayoría de las cuales podrían conceptuarse como estrategias de afrontamiento (ejercicio físico, evitación cognitiva, medicación, relajación, etc.). Las dos últimas etapas del modelo se refieren a que la enfermedad aparezca (etapa 5), ante por ejemplo un manejo inadecuado de los síntomas, y a su cuantificación mediante diagnóstico clínico (etapa 6). *Para más información véase Oblitas Guadalupe, 2004 y/o Belloch, Sandín y Ramos, 1995, Volumen II.*

### **III.5 ESTRÉS Y ENFERMEDADES**

Las enfermedades son ocasionadas por diversos factores, el estrés puede ser uno de ellos. Es importante recordar que la mayoría de las personas expuestas a experiencias estresantes no desarrollan una enfermedad y que, si bien, el estrés puede ser un factor de riesgo, en contraste con otros (como el colesterol, tabaquismo, consumo de alcohol, etc.) el peligro que conlleva suele ser de carácter temporal.

De alguna manera, la relación que se puede establecer puede partir de la idea de Selye acerca de la supresión de la respuesta inmunológica debido al estrés. Existen evidencias que señalan importantes interacciones entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, que muestran que el estrés puede causar varios trastornos físicos.

Existen diversas vías mediante las cuales el estrés puede provocar enfermedades (Herbert y Cohen, 1994; citado por Brannon y Feist, 2001). Es posible que el efecto sea directo y, teniendo en cuenta que cualquiera de ellos puede desencadenar una enfermedad, parecerían existir suficientes fundamentos psicológicos para establecer un vínculo entre estrés y enfermedad. Además, pueden aparecer efectos indirectos en caso de que se modifiquen las prácticas de salud, es decir, puede estar relacionado con un incremento en la ingestión de sustancias alcohólicas, tabaquismo, uso de fármacos, la incidencia de trastornos del sueño, etc. aumentando el riesgo de padecer alguna enfermedad.

Un ejemplo de lo planteado anteriormente podría ser la combinación de la percepción de no control sobre situaciones estresantes, afrontamiento pasivo-emocional, respuestas de indefensión/desesperanza y baja expresión emocional, junto con las características asociadas al tipo psicossocial 1. Todas estas características parecen relacionarse con ciertos patrones fisiológicos, como el incremento de glucocorticoides, que reducen la competencia inmunológica (aumentando la vulnerabilidad a enfermedades asociadas al sistema inmunológico). Mientras que, el mantener cierto grado de control sobre los eventos estresantes (con riesgo de pérdida), el afrontamiento activo, las respuestas de fuerte expresión emocional (ira, agresión e irritabilidad), junto con las características asociadas al tipo psicossocial 2, parecen asociarse a incrementos crónicos de la actividad simpática y catecolaminérgica y de la responsividad cardiovascular, lo que en última instancia lleva a deterioros estructurales y funcionales del sistema vascular. *Para más información véase Sandín, Belloch y Ramos, 1995, Volumen II.*

Tratando de responder a la pregunta ¿por qué algunas personas enferman debido al estrés mientras que otras permanecen en buen estado de salud? Brannon y Feist (2001) plantean dos modelos posibles: el modelo diátesis-estrés y el modelo de la personalidad resistente.

Por un lado, el *Modelo Diátesis-Estrés* sostiene que algunas personas poseen una predisposición a reaccionar de manera anormal ante los estresores ambientales. Esta predisposición (diátesis) se hereda a través de una debilidad bioquímica o sistémica, aunque algunos consideran a la propensión adquirida como un componente de la vulnerabilidad, la cual es relativamente permanente. Lo que varía en el tiempo, es la presencia de estresores medioambientales que pueden influir en mayor o menor medida en la incidencia de las enfermedades. Las personas diatélicas responden patológicamente a las mismas condiciones estresantes que la mayor parte de las personas pueden afrontar.

Cotton (1990, citado por Brannon y Feist, 2001) plantea que la enfermedad no se desarrolla gracias a la interacción entre personalidad y estrés, sino debido a la acción conjunta de la fisiología personal y el estrés.

El otro modelo es el *Modelo de la Personalidad Resistente o Hardiness*. Kobasa y Maddy (1977; citado por Brannon y Feist, 2001) propusieron que la resistencia (capacidad de las personas de soportar el estrés y no enfermar) amortigua los efectos nocivos del estrés, protegiendo a las personas (con estas características de personalidad) de las enfermedades relacionadas con el estrés. Algunas características son: fuerte *compromiso* consigo mismo, *locus de control interno* sobre sus propias vidas y mayor predisposición a realizar reajustes percibiéndolos como *desafíos* y no como estrés (distrés).

- Compromiso: se trata de una fuerte convicción en sí mismos, en lo que hacen y con quienes comparten las tareas. Es un sentimiento de adhesión al trabajo o tarea porque se la identifica con sus objetivos y prioridades de vida ("sabe en

lo que está involucrado y lucha por ello”). Esto suele ir acompañado por un fuerte espíritu de solidaridad.

- Sentido de control: es la creencia de que uno puede influir en el curso de los acontecimientos o ser responsable de las experiencias propias.
- Desafío: consiste en la idea de que los problemas y dificultades en lugar de ser una amenaza son una oportunidad para el cambio o la posibilidad de experimentar situaciones nuevas.

En relación a esto, Kobasa y sus colaboradores (1981; 1982) descubrieron que la resistencia (entendida como una combinación entre compromiso, control y desafío) estaba relacionada con un descenso en la enfermedad (Oblitas Guadalupe, 2004).

Como todo modelo teórico, este también ha sido criticado, afirmando que no es aplicable a la mayor parte de la población; también se ha sugerido que los tres factores (compromiso, control y desafío) no constituyen la esencia de la resistencia personal. Algunos, en contraposición a Kobasa, han establecido que la frecuencia del estrés no es tan importante como la gravedad percibida.

### **III.5.1 Moderadores de la experiencia del estrés**

Los factores del estrés (González; 1981, 1991; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) de acuerdo al grado de participación que tienen en la experiencia del estrés se pueden clasificar en 3 tipos:

a). Factores internos de estrés: son las variables propias del sujeto que están directamente relacionadas con la respuesta de estrés, por ejemplo el índice de reactividad al estrés.

b). Factores externos de estrés: hacen referencia a los estresores medioambientales que pueden sobrecargar los mecanismos de defensa y la regulación homeostática o de ajuste de la persona, por ejemplo el índice de sucesos vitales (Holmes y Rahe, 1967) y los *hasless* de la vida cotidiana.

c). Factores moduladores del estrés: constituidos por las variables, tanto del medio ambiente como las del propio sujeto, que no están en relación directa con la respuesta de estrés, pero que actúan como condicionadores o modificadores de la interacción entre los factores externos e internos. Intervienen para incrementar o amortiguar la percepción de amenaza o la acción de los estresores, facilitando o entorpeciendo las respuestas adaptativas, de modo tal que algunas respuestas serán eficaces y otras no. Dentro de estos factores se pueden señalar variables como el apoyo social, determinados estados afectivos y características de la personalidad o cualidades atribucionales o de manejo de situaciones adversas como la resiliencia.

### **III.5.2 Efectos y costos del estrés**

Las afecciones que produce el estrés, según Cox (1978; Pérez, 2001; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) se pueden agrupar en 6 categorías:



**Efectos subjetivos:** ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimientos de culpa, vergüenza, irritabilidad, mal genio, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo, soledad.

**Efectos cognitivos:** incapacidad de tomar decisiones, incapacidad de concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica, bloqueos mentales.

**Efectos sobre la salud:** asma, amenorrea, dolor de espalda y pecho, trastornos coronarios, diarrea, mareos y desvanecimientos, trastornos gástricos, poliuria, cefaleas y migrañas, trastornos neuróticos, pesadillas, insomnio, psicosis, trastornos psicósomáticos, diabetes, sarpullidos y picores en la piel, pérdida de interés sexual, debilidad.

**Efectos conductuales:** predisposición a accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, comer en exceso, falta de apetito, beber y fumar en exceso, excitabilidad, conductas impulsivas, alteraciones en el habla, risas nerviosas, incapacidad para descansar, temblores.

**Efectos fisiológicos:** aumento en los niveles de catecolaminas en sangre y orina, aumento de corticosteroides en sangre y orina, incremento en los niveles de azúcar en sangre, aumento de ritmo cardíaco, elevación de la presión arterial, sequedad en la boca, sudoración intensa, dilatación pupilar, dificultades para respirar, períodos de calor o frío, “nudo en la garganta”, adormecimiento y hormigueo en los miembros.

**Efectos en las organizaciones:** absentismo, relaciones laborales pobres, mala productividad, altas tasas de accidentes, altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, antagonismo con el trabajo, falta de satisfacción con el desempeño del empleo.

### **III.6 RECAPITULACION Y PUNTUALIZACIONES**

Desde los comienzos el estrés ha estado relacionado con fuerzas (en algunos casos interna) generada en un cuerpo o sistema a través de la acción de otra fuerza que tiende a modificarla. Más específicamente se han desarrollado distintas orientaciones teóricas: aquellas que lo entienden como una respuesta (relacionada con el Síndrome General de Adaptación), las que lo entienden en relación a estímulos (enfoque psicosocial del estrés) y las teorías que consideran al estrés como resultante de la interacción entre el sujeto y los estímulos (perspectiva interaccional).

Debemos tener en cuenta que el foco o lugar donde se pone la mirada es lo que las diferencia (la persona, los estímulos o la relación entre ambos). Además, debemos considerar que cada enfoque está caracterizado por el momento que atravesaba la psicología cuando fue desarrollado. De cualquier manera, para esta tesis se tomó como guía la tercera orientación, es decir, el enfoque interaccional, afirmando que es tan importante la reacción fisiológica como la afectiva, cognitiva, comportamental, el contexto y la influencia de los estresores.

Otros modelos que también se incluyeron en el marco teórico fueron: Distrés-Eustrés y los Modelos Integradores Multimodales. El primero fue elegido debido a que plantea una concepción tanto positiva como negativa del estrés, otorgándole importancia a la valoración que la persona realiza de la experiencia estresante. Lo interesante de los Modelos Integradores Multimodales, y en especial el de Sandín (1995), fue el intento por incluir todos los elementos planteados hasta el momento en un modelo comprensivo de la experiencia del estrés; dándole importancia a todas las partes involucradas en el proceso: las demandas psicosociales,

evaluaciones cognitivas, respuestas del estrés, estrategias de afrontamiento, variables disposicionales, apoyo social y estado de salud.

El instrumento de medición empleado para evaluar el afrontamiento de las entrevistadas se apoya sobre la teoría de Moos y Schaefer (relacionado con la perspectiva interaccionista de Lazarus y Folkman, 1984).

El estrés, como variable, fue elegido por varios motivos: se considera que la experiencia del estrés es inherente al diagnóstico de una enfermedad como el cáncer debido a que siempre va a ser percibida como una situación que excede los recursos y posibilidades de cualquier persona, amenaza la vida y otros aspectos de su existencia; en segundo lugar, el desarrollo y entendimiento del estrés es necesario para poder comprender lo que sucede cuando algo es evaluado como desbordante, desequilibrante o movilizador de los recursos de una persona y lo lleva a poner en práctica estrategias de afrontamiento. También resulta importante tener en cuenta que, la experiencia de estrés, al producir cambios y modificaciones en la vida de una persona, suele ser acompañado de incertidumbre, temores, pérdida de control así como modificaciones en variables biológicas, entre otras cosas. El conocer de qué se trata la experiencia de estrés, el poder describir los esfuerzos que las personas realizan para hacerle frente o no a esta situación (a los fines de lograr adaptarse) nos otorga información clave en la planificación de estrategias destinadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y, en este caso particularmente, para actuar sobre los niveles de la calidad de vida (influyendo sobre el funcionamiento biológico inclusive). Todo esto nos da herramientas para ayudar a la persona a llevar adelante un proceso de adaptación y manejar los efectos que genera sobre su organismo (está comprobado que se producen déficits y deterioros orgánicos debido al efecto de neurotransmisores y hormonas a nivel sistémico), red social (aislamiento, conflictos, fallas comunicacionales), etc.

Otra de las razones en las que se apoya esta elección: la consideración del estrés como un factor clave en relación al cáncer, debido a su influencia en el funcionamiento del sistema inmunológico (inmunosupresión) y por sus efectos a nivel psicológico y social. El conocerlo y conocer tratamientos para combatirlo nos permite ayudar a la gran cantidad de personas que lo padecen y que, quizás, lo padecerán.

A la base de todas estas razones, y muchas más, considero que se encuentran las creencias que cada persona sostiene acerca de “esto” que la desestabiliza, que la “estresa”; una forma de acercarnos al conocimiento de sus creencias es mediante el estudio de las palabras o significados asociados a “esto”. Si bien existen creencias que son prácticamente inmodificables, terapéuticamente hablando, los significados pueden ampliarse, las creencias pueden corregirse, reconstruirse o reevaluarse a los fines de reducir el poder o impacto que genera, pero el primer paso para ello es conocer que es lo que se asocia con el cáncer.

# CAPITULO IV

## AFRONTAMIENTO

## **IV.1 AFRONTAMIENTO**

### **IV.1.1 Definiciones y desarrollo del constructo**

El afrontamiento es un proceso dinámico y multidimensional que se genera ante una situación percibida (o evaluada) como estresante.

Para la primera generación de investigadores del afrontamiento, la atención estuvo puesta en el estudio de las reacciones de afrontamiento en situaciones que amenazaban la vida de la persona o que tenían una importante significación traumatizante. Esto llevó a que en los principios de la década del 70 algunos investigadores empezaran a definir al estudio del afrontamiento como un área de investigación sobre las respuestas y reacciones a situaciones extremas (Hamburg, 1974; White, 1974; citado por Centeno, 2004).

A partir de los años 60 y 70, los investigadores comenzaron a pensar que los patrones de afrontamiento no estaban completamente determinados por los factores individuales, haciendo hincapié en la importancia del contexto situacional en el que tenía lugar el proceso de afrontamiento (Billings y Moos, 1981; Felton y Reverson, 1984; Folkman y Lazarus, 1985; Pearling y Schooler, 1978; Stone y Neale, 1984; citado por Centeno, 2004). Esta aproximación, al estudio del afrontamiento está orientada contextualmente y no es considerado como una disposición estable: esto significa que el proceso de afrontamiento es utilizado para diferentes amenazas en función de la significación adaptativa y los requerimientos de estas.

A través de los años, los investigadores del afrontamiento han dado importancia a los factores psicológicos y ambientales. Los primeros pueden incluir variables como autoestima y autoeficacia, entre otras, y los segundos variables como las redes de apoyo social, recursos financieros o de educación, etc. (Eckenrole, 1991; citado por Centeno, 2004).

Durante los años 80 y 90, la investigación sobre los rasgos de personalidad tomó fuerza nuevamente (Angleitner, 1991; Digman, 1990; Endler y Parker, 1992; Wiggins y Pincus, 1992; citado por Centeno, 2004).

La distinción entre los investigadores que focalizan en la influencia de las variables predisponentes o disposicionales (rasgos) se clasifican como “acercamientos interindividuales” mientras que los que han enfatizado los factores situacionales (afrontamiento como proceso) son considerados como “acercamientos intraindividuales” (Lazarus, 1993; Endler, 1992; citado por Centeno, 2004).

Allidin (1994; citado por Centeno, 2004) menciona tres modelos generales de afrontamiento y salud que tienden a ser utilizados:

1). El primer modelo, más común en la literatura, asume que las estrategias de afrontamiento tiene efectos directos sobre las variables específicas de la salud (por ejemplo: en la presión sanguínea, tiempos de recuperación, etc.).

2). Otro modelo, utilizado con menor frecuencia, considera que las conductas de afrontamiento poseen una influencia indirecta sobre las variables de salud (por ejemplo: ayudan a que la persona mantenga un contacto regular con los profesionales de la salud).

3). El tercer modelo, menos frecuentemente utilizado, propone que las estrategias de afrontamiento modelan o amortiguan el estrés creado por los problemas específicos de salud.

La propuesta que se plantea desde esta investigación consiste en considerar a las estrategias de afrontamiento como un proceso complejo, dinámico e interaccional entre el sujeto, las demandas y el medio, las cuales pueden ejercer efectos directos e indirectos sobre el estado de salud.

Oblitas Guadalupe (2004) comenta que el afrontamiento es una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa. Y hace una aclaración: debemos diferenciar las estrategias de afrontamiento de las conductas defensivas partiendo del hecho de que mientras las primeras son flexibles, tienen un objetivo consciente y están orientadas a la realidad, las segundas son más rígidas, obligatorias y deforman la realidad (Haan, 1965; citado por Centeno, 2004).

Según Lazarus (1974; citado por Brannon y Feist, 2001), la reacción ante la experiencia del estrés, estaría mediada por evaluaciones cognitivas que hace el sujeto de la situación buscando su autorregulación; es decir, valora el significado de la interacción (entre sujeto y demandas) en relación a su bienestar personal y el valor potencial de la situación, en pos al manejo del ambiente. La autorregulación se realizaría en dos tipos de procesos, por un lado, *acciones directas para manejar o cambiar el problema*, y por otro, *acciones de tipo paliativo* (para cuando se siente que no se puede hacer nada para cambiar la situación) entre las que se encuentran los procesos para manejar emociones (como la negación, evitación o retirada de la atención, etc.) y las actividades dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés (tranquilizantes, técnicas de relajación, etc.).

Lazarus y Folkman (1984; citado por Brannon y Feist, 2001) plantean que la capacidad de una persona para afrontar una situación depende de varios factores: *la salud y energía*, debido a que personas más fuertes y saludables pueden responder de mejor manera, a las demandas externas e internas, que las personas débiles, enfermas y cansadas. También la *creencia positiva* es un recurso personal muy importante debido a que se relaciona con la capacidad de soportar el estrés, lo que aumenta cuando las personas se creen capaces de obtener las consecuencias deseadas. También se consideran recursos personales *la capacidad de resolver problemas* y las *habilidades sociales*. Relacionado con esto está el *apoyo social* o la sensación de aceptación, afecto o valoración por parte de las otras personas. De la misma manera, estos autores enumeraron una serie de recursos materiales como medios importantes de afrontamiento (por ejemplo, disponer de dinero para reparar el automóvil disminuye el nivel de estrés que supone este tipo de problema).

Desde esta perspectiva, tanto los recursos materiales como los sociales no tienen un peso tan importante como el de la idea personal o percepción que el individuo elabora de ellos. La percepción de que se es capaz de manejar o alterar una situación estresante y la confianza que otorga el saber que se puede regular el propio malestar emocional son los dos factores principales que permiten afrontar el estrés.

Según Fierro (1998), en el modelo de Lazarus y Folkman, el elemento comportamental que resulta adaptativo en la conducta relacionada con el estrés es el *afrontamiento* (coping) que consiste en *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas, externas o internas, apreciadas (evaluadas) como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Fierro, 1998 pág. 44). Por afrontamiento se entiende el conjunto de actos, estrategias, procesos, mediante los que el individuo trata de *“manejar/se”* como mejor puede (tratando de controlar, modificar, corregir y paliar de manera flexible) unas demandas del medio que resultan amenazantes aunque sólo sea porque no se dispone de recursos para atenderlas.

Lazarus (2000) actualiza la definición de afrontamiento afirmando que es entendido como *los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria* (citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno, 2007).

El afrontamiento constituye así, según Fierro, una conducta que responde a una situación y tarea paradójica: *cómo defenderse, cómo manejarse cuando no se dispone de recursos para ello*. Afrontar es sacar fuerzas de flaqueza y hacer de la necesidad virtud, así como también valor.

El proceso de realizar evaluaciones cognitivas está influenciado tanto por factores personales (motivos, metas y creencias), que determinan qué es importante para el bienestar en determinado momento, como por factores situacionales. Hay una interacción entre ambas partes, en donde el peso de una imposición ambiental le resta poderío a la valoración personal y viceversa. Es decir, aunque la persona realiza evaluaciones acerca de cada aspecto de la situación, esta puede condicionar determinadas formas de valoración.

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) indican que existen tres tipos de evaluaciones:

- La **evaluación primaria** ocurre en cada encuentro o transacción del sujeto con las demandas (externas o internas). Se la considera el primer mediador psicológico del estrés.

Una situación puede considerarse como *irrelevante, benigna-positiva*, o bien *estresante*. El que una situación tenga una valoración benigno-positiva significa que resulta beneficiosa. Usualmente, las situaciones que implican un cambio son las que se consideran como estresantes. Una valoración estresante puede indicar que la situación se percibe como: peligrosa, amenazante o desafiante. Cada una de estas tres posibilidades puede generar una emoción, siendo importante recordar que las emociones no producen estrés, sino que por el contrario, son generadas por la valoración que el sujeto hace de la situación.

- **Amenaza:** implica la anticipación de un daño cuya ocurrencia parece inminente, dando lugar a que la persona trate de solucionarlo o afrontarlo de manera anticipada. Puede generar preocupación, ansiedad o miedo.
- **Daño-pérdida (peligro):** se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido, ha recibido un perjuicio (por ejemplo la pérdida de un ser querido, una enfermedad crónica, etc.). Puede producir enfado, irritación, disgusto, contrariedad o tristeza.
- **Desafío:** implica la revisión anticipada de situaciones de daño-pérdida, como en la amenaza, pero a diferencia de esta, se acompaña de la valoración de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias. Esta valoración resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de superarlas, siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento. Puede producir inquietud, anticipación, ansiedad, etc.
- **Beneficio o Benigno-positiva:** este tipo de valoración no induciría reacciones de estrés.

-La **evaluación secundaria** hace referencia a los recursos propios, a la propia capacidad para controlar o enfrentar el peligro, amenaza o desafío. Desde esta perspectiva, se supone que la reacción de estrés depende, sustancialmente, de la forma en que la persona valora sus

propios recursos de afrontamiento en relación con la evaluación primaria. Es decir, cuando la evaluación secundaria encuentra que no hay recursos suficientes para hacerle frente se desencadena la respuesta de estrés (psicofisiológica y emocional).

Se podría considerar que la persona, mediante la evaluación secundaria, busca responder a las siguientes preguntas: “¿Con qué opciones cuento?”, “¿Qué probabilidades tengo de aplicar las estrategias necesarias para reducir el estrés?” y “¿Funcionará este procedimiento?”, en otras palabras, “¿Aliviará mi estrés?”. Los “**recursos de afrontamiento**” incluyen las propias habilidades de *coping* (por ejemplo, habilidades de solución de problemas), el apoyo social y los recursos materiales. Todo aquello que considere necesario para llevar a cabo una estrategia eficaz en el manejo de la situación y así reducir el estrés.

Dos aspectos que debemos considerar son: *la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación*. La primera implica prepararse para un suceso, junto con su carácter positivo o negativo, deseable o no deseable. La segunda implica que la persona conozca qué de una situación depende de él y qué puede manejar con los recursos que posee. Estos dos factores son fundamentales en el estrés, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles son los que tienen mayor impacto sobre la salud (Sandín, 1999; citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros, Quinceno, 2007).

-Por último, la **reevaluación** funciona mediante procesos de *feedback*, activos en todo momento de la interrelación entre el individuo y las demandas (estresores). Permite tomar nueva información y realizar correcciones acerca de las valoraciones, cogniciones y conductas previas.

Las evaluaciones primarias y secundarias interactúan entre sí, influyen en el nivel de estrés percibido, la cualidad y calidad del estado emocional que acompaña a la experiencia y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha. Es importante aclarar que si bien los tipos de evaluaciones se pueden “separar” en primaria y secundaria, esto es solo a los fines didácticos, ya que ambas se dan simultáneamente y son interdependientes entre sí y con la reevaluación.

Una vez que la situación es evaluada como estresante, la persona desarrolla una serie de estrategias para enfrentarse a la misma, llamadas **Estrategias de Afrontamiento o Coping** que influyen en la valoración que se hace de la situación dada y sobre las reacciones al estrés, inclusive su importancia es tal que se las ha considerado como variables mediadoras de las respuestas de estrés (Crespo y Cruzado, 1997; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) dentro de su modelo transaccional de estrés (entendido como un proceso dinámico, en constante cambio de acuerdo a las actitudes del individuo y los cambios en las circunstancias) destacan algunas características importantes: el afrontamiento se refiere a cada interacción de la persona con el ambiente, se lo entiende a nivel contextual; es un proceso que cambia constantemente sin realizar ninguna suposición acerca de lo que constituye un buen o mal afrontamiento (ya que es considerado como distinto de sus resultados). El afrontamiento no es automático sino que se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a situaciones estresantes, requiere de esfuerzos, uno puede no ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento, los resultados pueden ser exitosos o no, pero el esfuerzo debe haberse realizado. Por último, el afrontamiento es un esfuerzo orientado a *manejar* la situación y las demandas que generan estrés y el estado emocional desagradable que se asocia a él.

Desde esta perspectiva el “manejar” la situación permite explicar la idea de maniobrar, o “negociar” entre las fuerzas internas y del entorno, que no siempre se hace de la manera más eficaz, sino “como uno puede” (Fierro, 1997; citado por Oblitas Guadalupe, 2004).

Otras definiciones de **Afrontamiento**, extraídas de la Tesis doctoral de Rodríguez Fernández (2006) son, entre otras:

- Lipowski en 1970 hace una definición del afrontamiento en relación a las enfermedades físicas, planteando que el mismo sería “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversibles, y para compensar, en lo posible, cualquier deterioro irreversible”.
- Weisman y Worden (1976-1977) definieron al afrontamiento como aquello que uno hace ante un problema que percibe, buscando conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Estos autores diferencian al afrontamiento de la defensa afirmando que mientras el primero busca una solución al problema, la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.
- Pearlin y Schooler (1978) afirmaban que el afrontamiento es toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional generado por estos sucesos. Además, afirman que el afrontamiento tendría tres funciones de protección, las cuales llevaría a cabo a partir de los siguientes procesos: 1). Manejar el problema que causa malestar, eliminando o modificando las condiciones que lo generan, 2). Alterar el significado de la experiencia para neutralizar su valoración problemática y 3). Regular el malestar emocional generado por el problema. La función protectora que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.
- En 1981, Caplan lo definió como el comportamiento del individuo de cara a reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional, tanto durante como inmediatamente después de un evento estresante. También afirmó que el sujeto moviliza sus propios recursos (internos y externos) y desarrolla nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, con el fin de reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) plantean que en las respuestas de afrontamiento influyen tanto los recursos personales, para llevarlas a cabo, como las restricciones que uno experimenta ante la posibilidad de usar dichos recursos. Estos autores identificaron dos funciones del afrontamiento del estrés: el “*afrontamiento dirigido al problema*” y el “*afrontamiento dirigido a la emoción*”.

- Por un lado, *el afrontamiento dirigido o centrado en las emociones*, implica esfuerzos por regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Algunos ejemplos de estas estrategias son: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, etc. muchas de estas, habitualmente, toman la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Otras estrategias que no son estrictamente cognitivas son: conductas emocionales (llorar, reír, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc. es decir todo aquello que pueda funcionar como un distractor.



- Por otro lado, *el afrontamiento dirigido o centrado en el problema*, implica esfuerzos destinados a modificar la relación problemática entre persona-ambiente. Estos esfuerzos consisten en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, apreciarlas en términos de costo-beneficio y llevarlas a cabo) que pueden funcionar sobre la persona (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

Muchas circunstancias estresantes movilizan ambos ejes de la respuesta de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que puede hacer algo constructivo, intentar resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante; mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción tiende a predominar cuando la persona siente que el estrés de la situación no se puede cambiar, involucra la auto-preocupación, la fantasía o alguna otra actividad relacionada con la regulación de los afectos, implica cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés. Posteriormente, las sistematizaron en ocho estrategias específicas (Fierro, 1998):

- *Centradas en el problema*

- Confrontación: acciones directas para alterar la situación; implica esfuerzos agresivos para cambiar la situación, y suele estar acompañada por hostilidad y asunción de riesgos. *“Me mantuve firme y luché por lo que quería”*, tratar de lograr que el responsable cambie de idea, etc.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información, simpatía o comprensión. *“Acudí a personas amigas que pudieran echarme una mano”*, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contarle a algún familiar, etc.

Hay que aclarar que esta estrategia pertenece a ambas funciones del afrontamiento, es decir, que se puede considerar como una modalidad de afrontamiento intermedio.

- Búsqueda de soluciones: (también conocido como solución planificada de problemas) son acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución, implica los esfuerzos dirigidos para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema. *“Analicé detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso”*, establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.

- *Centradas en la emoción*

- Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. *“Intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema”*, guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
- Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación, alejarse del problema y/o ignorarlo. *“Traté de no pensar demasiado en el problema”*, tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si no hubiera pasado nada, etc.
- Reevaluación Positiva: esfuerzos por dar un significado positivo a la situación enfocándola hacia el crecimiento personal, encontrar nuevos sentidos, la modificación

de valores o prioridades sostenidas hasta ese entonces, el establecimiento de nuevas metas, etc. (a veces puede tener un sentido religioso). *“El pasar por esta experiencia enriqueció mi vida”, “la experiencia enseña”, “cambié y maduré como persona”, etc.*

- Autoinculpación: verse como responsable de los problemas por medio de autoreproches o autocastigos. *“Asumí que yo me había buscado el problema”, disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse como causante del problema, etc.*
- Escape/Evitación: se evita la situación de estrés, por ejemplo el pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.). *“Fantaseé y soñé con tiempos mejores”, esperar un milagro, evitar el contacto con la gente.*

Es importante tener en cuenta el carácter secuencial de los procesos de manejo del estrés, es decir, la forma en que se administran los diversos recursos durante la interacción entre la persona y las demandas (por ejemplo, durante la recuperación post-quirúrgica, en un primer momento, es adaptativa la evitación debido a que la persona carece de control sobre su recuperación, pero más adelante esto debe cambiar para que comience a intervenir activamente).

#### **IV.1.2 Eficacia del Afrontamiento**

La eficacia está relacionada con el grado en que se consiguen las metas generales del afrontamiento: la reducción del malestar emocional y la solución del problema; es decir, el grado en que reduce la activación emocional a un nivel tolerable y ayuda en la adaptación a la situación (Lazarus y Folkman, 1986; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Otros autores señalan cinco metas relacionadas con el afrontamiento eficaz, las que se corresponden con las cinco áreas amenazadas en una enfermedad grave: la primera meta está relacionada con mantener el estrés dentro de límites manejables; en segundo lugar mantener la autoestima. La tercera meta implicaría mantener o recuperar la relación con personas significativas; otra meta sería tener expectativas acerca de la recuperación de las funciones corporales y ponerse en marcha para conseguirlas, y por último, poder acomodar las expectativas propias a las del conjunto social en relación a la recuperación.

Rowland, en 1989, agregó dos metas más: por un lado, maximizar las habilidades individuales para responder a los requerimientos de la situación (por ejemplo, los tratamientos), y aprovechar las oportunidades disponibles.

Para Crespo y Cruzado (1998; citado en Rodríguez Fernández, 2006) los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento dependerían de: 1). Grado de solución objetiva del problema, 2). La percepción subjetiva de la solución, 3). Grado de prevención de ulteriores complicaciones, 4). El nivel de funcionamiento social (a corto y largo plazo), y del 5). Efecto sobre la salud de la persona

Además de todo lo mencionado anteriormente, es muy importante tener en cuenta cuáles son las metas de cada persona a la hora de poner en marcha una estrategia de afrontamiento y, en función de esto se podría evaluar el éxito o fracaso del proceso (Rowland, 1989b; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

### **IV.1.3 Afrontamiento: ¿Adaptativo o no adaptativo?**

Generalmente el afrontamiento no se relaciona con este término, ya que la idea de lo que es el afrontamiento se separa de sus resultados (Crespo y Cruzado, 1998; Rowland, 1989b; citado por Rodríguez Fernández, 2006). Aún así, existen autores que sí hacen esta distinción:

Carver y colaboradores (1993) establecieron esta diferenciación dividiendo a las estrategias en dos grupos: el primero incluiría las estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico (desconexión mental y conductual, negación, centrarse en las emociones y desahogarse) y en el otro grupo estarían las estrategias adaptativas (aceptación, uso del humor, etc.). A partir de esta clasificación en un estudio sobre el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, se ha encontrado una asociación negativa entre ambos grupos de estrategias (Carver, 1993).

Hay estrategias en las que el ser adaptativas o no, depende de diferentes circunstancias, por ejemplo: la negación (que generalmente se la considera como no adaptativa) en momentos iniciales, tras el diagnóstico de una enfermedad, puede resultar adaptativa para la persona (Hamburg y Adams, 1967; Lazarus y Folkman, 1986; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Bayés (2006; citado por Rodríguez Fernández, 2006) diferencia las estrategias de afrontamiento efectivas de aquellas que no son adaptativas en función de las consecuencias (positivas o negativas) para las que el individuo las utiliza.

Es necesario, nuevamente, considerar las condiciones particulares de cada persona en la situación específica en la que se encuentra para realmente determinar si las estrategias implementadas son adaptativas o no. También hay que tener en cuenta su adecuación a la edad, a la situación de la persona y en la medida en que logre el máximo posible de recuperación funcional y compensación psicológica (Ferrero, 1993; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

### **IV.1.4 Afrontamiento: Estilo versus Proceso**

El concepto de afrontamiento ha sido utilizado en diferentes sentidos; en algún momento se lo entendió como una reducción o supresión del estado del estrés, es decir como un **resultado**. De esta manera, se entendía que cuando la respuesta fisiológica del estrés desaparecía se decía que había *coping* (Levine, Weinberg y Ursin, 1978; citado por Sandín, 1995). Actualmente no se utiliza esta conceptualización debido al señalamiento de Lazarus acerca de que se está confundiendo el proceso con los resultados.

Existen, a grandes rasgos, dos posibles miradas en relación al afrontamiento: una que lo considera como una pauta relativamente estable (**estilo**) y una que lo considera como un desarrollo dinámico que se realiza a partir de las características de la interacción (**proceso**) (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Algunos autores proponen como idea conciliadora de estas dos miradas (Arcas y Manzano, 1989; citado por Centeno, 2004) hablar de “estilos de afrontamiento” como variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias, y se utilizar “estrategias de afrontamiento” exclusivamente para referirse a las acciones concretas y específicas que realiza una persona para enfrentarse a una situación.

La idea elegida para esta investigación consiste en considerar a las estrategias de afrontamiento como una interacción entre las características de la persona y las cualidades que se perciben de la situación en la que se encuentra.

#### **IV.1.4.1 Estilos de Afrontamiento**

Esta perspectiva ha estado bastante influenciada por la teoría psicoanalítica, sobre todo por el concepto de *defensas del yo* (lo que daba pie para pensar un posible estilo defensivo). Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de que se tratarían de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

La estabilidad o consistencia, a través de las diferentes experiencias con el estrés, de las estrategias de afrontamiento, planteadas por Lazarus y Folkman (1986), dio pie al desarrollo de un enfoque que las toma como un rasgo (no como orientación procesual); la pregunta desde la que parte es cómo “usualmente” afronta el estrés, en lugar de preguntarse por cómo afronta encuentros específicos (Lazarus, 1993; citado por Sandín, 1995).

Existen distintas clasificaciones de estilos de afrontamiento: el modelo del *represor/sensibilizador* (Byrne, 1964), el modelo de estilos cognitivos *monitoring* y *blunting* (Miller, 1987), Weinberg, Schwartz y Davidson (1979) plantearon cuatro tipos de afrontamiento del estrés: *represor*, *no defensivo/no ansioso*, *no defensivo ansioso* y *defensividad ansiosa*, el modelo de Kohlmann (1993), busca integrar los planteos anteriores, propone cuatro patrones de afrontamiento: *modo vigilante rígido*, *modo Evitador rígido*, *modo flexible* y *modo inconsistente*, entre otros (véase Belloch, Sandín y Ramos, Volumen II, 1995).

#### **IV.1.4.2 Procesos de Afrontamiento**

El modelo emblemático de este enfoque es el del grupo de Lazarus (Folkman, 1982; Lazarus, 1966; 1993; Lazarus y Folkman, 1984; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995). El afrontamiento es un concepto que depende del contexto (más que de una disposición estable), ya que varía en función de la significación y los requerimientos de la situación. Por ejemplo, cuando una persona debe hacer frente al cáncer, las estrategias de afrontamiento dependen de que en un momento deba afrontar una de las diferentes amenazas generadas por la enfermedad; sería poco correcto generalizar diciendo que el sujeto afronta el cáncer de una forma; aunque, Lazarus y Folkman (1986), consideraron que existen estrategias más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes (por ejemplo, la “reevaluación positiva” poseería mas estabilidad que la “búsqueda de apoyo social”).

Esta perspectiva del afrontamiento como proceso hace hincapié sobre dos funciones principales del afrontamiento: una **focalizada en el problema** y otra **focalizada en la emoción**. Hay que tener en cuenta que ambas formas de focalización del afrontamiento pueden ponerse en práctica en forma conjunta o facilitarse entre ellas (por ejemplo, la reducción de estados ansiosos puede facilitar actividades de solución de problemas), aunque también pueden interferirse, por ejemplo, el minimizar la relevancia de una experiencia (focalización emocional puede inhibir las actividades dirigidas al problema).

Hay que tener en cuenta que el afrontamiento depende de la evaluación acerca de si se puede o no hacer algo para cambiar la situación (o aspectos de la misma). En caso de que, a raíz de la valoración (secundaria, según Lazarus), se considere que la condición estresante puede ser controlada mediante una acción se espera que predomine el afrontamiento focalizado en el problema; mientras que la falta de posibilidades de controlabilidad sobre el evento implicaría un predominio de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción.

Además, el grupo de Lazarus plantea que, aún sosteniendo que la eficacia adaptativa del afrontamiento puede variar en función de diversas variables, considera que estrategias como la planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva suelen asociarse con resultados positivos, mientras que estrategias como la confrontación y el distanciamiento podrían asociarse a resultados menos favorables.

Los autores Torestad, Magnusson y Oláh (1990; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) demostraron (empleando su inventario S-R) que el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo). Ellos plantean que las estrategias de afrontamiento no se reducen ni a un proceso (depende de las cualidades de la situación que son percibidas) ni a disposiciones personales (rasgos), sino que se deben a la interacción entre estos factores (carácter interaccionista del afrontamiento). De sus investigaciones deriva que las personas tienden a usar ciertas estrategias de afrontamiento transituacionalmente. Estos autores **categorizaron** el afrontamiento según **tres dimensiones**: “constructivo”, “pasivo” y de “escape”. El *constructivo* se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a tratar con los sucesos estresantes de una manera directa y confrontativa. El *afrontamiento pasivo* incluye soluciones dirigidas a la emoción, mediante las cuales nada puede hacerse respecto a cambiar la situación o moverse de ella. El tercer tipo, *afrontamiento de escape*, hace referencia a las acciones cognitivas y conductuales dirigidas a “correrse de la situación” física o psicológicamente. La primera dimensión se corresponde con la definida por Lazarus como focalizado en el problema; pasivo y de escape se solaparían con la categoría de afrontamiento focalizado en la emoción.

Un punto de vista complementario sobre el afrontamiento, y que en cierto modo podría integrar algunas discrepancias, es el de los autores Moos, Cronkite, Billings y Finney (1986; citado por Sandín, 1995). Estos autores categorizaron el afrontamiento según dos dimensiones diferentes, el **método** y la **focalización**.

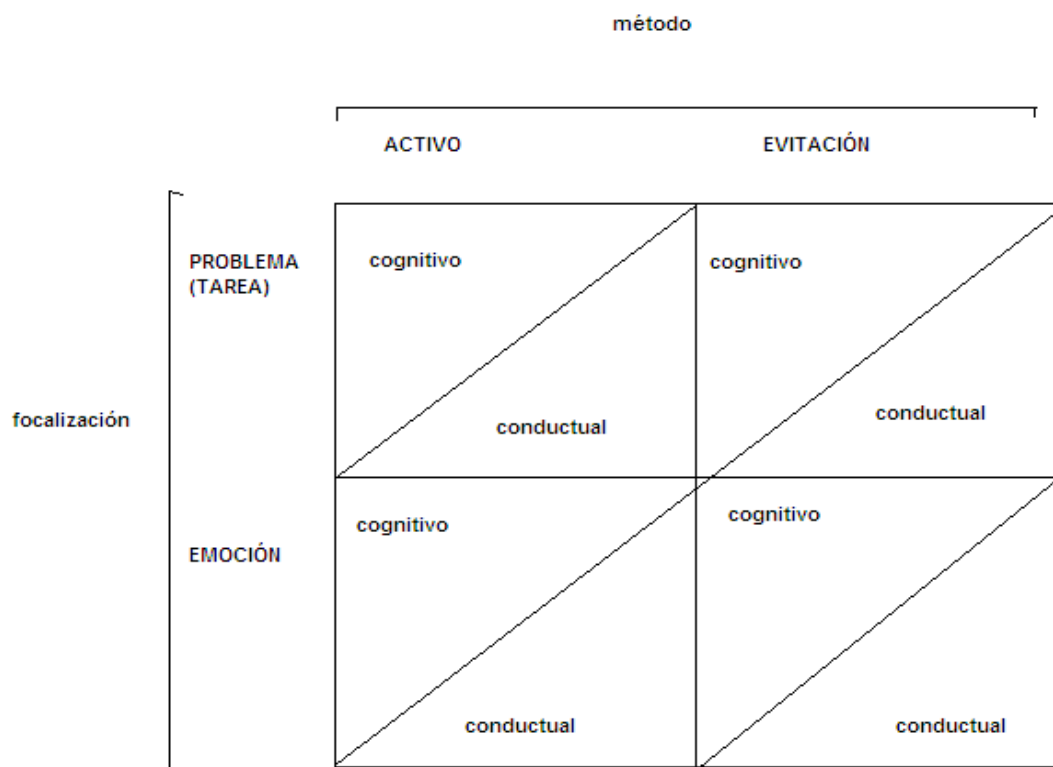
El afrontamiento, desde el punto de vista del método empleado, puede ser: *activo-cognitivo* (por ejemplo, redefinir la situación), *activo-conductual* (por ejemplo, acciones comportamentales para modificar la situación) y *evitación* (por ejemplo, distanciarse de la situación). Esto supone analizar si la respuesta como un esfuerzo es primariamente cognitiva o conductual (Moos y Schaefer, 1993; citado por Centeno, 2004).

La segunda clasificación se hace en función de la focalización de las respuestas del afrontamiento, tres tipos: *focalizado en la evaluación* (por ejemplo, análisis lógico), *focalizado en el problema* (por ejemplo, acciones de solución de problemas) y *focalizado en la emoción* (por ejemplo, descarga emocional). Es decir, una persona puede acercarse al problema y realizar esfuerzos activos para resolverlo, para tratar de evitar el problema y/o enfocar en manejar las emociones asociadas con él. Lógicamente, plantean los autores, cada modo específico de afrontamiento puede clasificarse según el método y la focalización (Moos y Schaefer, 1993; citado por Centeno, 2004).

Siguiendo esta línea, Feuerstein y colaboradores (1986; citado por Sandín, 1995) partieron del modelo teórico de Moos y tomándolo como marco teórico ordenaron las diferentes categorías posibles de afrontamiento. Ellos afirmaron que las respuestas de afrontamiento pueden clasificarse en torno a dos ejes: el método utilizado y la focalización de la respuesta.

En función del **método** las respuestas pueden ser activas o de evitación. Según la **focalización**, pueden orientarse hacia el problema o hacia la emoción.

Así mismo, a cada respuesta se la puede categorizar según su **naturaleza**: conductual o cognitiva. Así pues, a partir de estos tres criterios (método, focalización y naturaleza) del afrontamiento es posible establecer ocho categorías generales del afrontamiento:



*\*Cuadro 4: "Método, Focalización y Naturaleza del afrontamiento", Belloch, Sandín y Ramos, Volumen II (1995).*

Es decir, el afrontamiento puede ser cognitivo activo o evitativo y, a su vez, focalizado en el problema o focalizado en la emoción. Lo mismo para el afrontamiento conductual, activo o evitativo, focalizado en la tarea o en la emoción.

## **IV. 2 AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER**

### **IV.2.1 Introducción**

Como ya he mencionado previamente, el padecer un cáncer supone el manejo de un gran número de circunstancias estresantes; las reacciones ante las distintas situaciones varían en función de las características de la enfermedad (localización, gravedad, síntomas, tipo de tratamiento, etc.), las circunstancias de la persona, sus experiencias previas con ella y también depende de su personalidad y situación actual. Todo esto debe ser tenido en cuenta como elementos relacionados con el proceso de adaptación a la enfermedad, (el cual es dinámico y va cambiando en función del diagnóstico y de las características de la misma).

En el proceso de afrontamiento del cáncer también se deben considerar las atribuciones o valoraciones que la persona realiza de su situación, el grado de amenaza

percibida, los aspectos culturales, las connotaciones y el significado que se le confiere a la neoplasia (Bayés, 1991; Crespo y Cruzado, 1998; Ferrero, 1993; Stone y Porter, 1995; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

#### **IV.2.2 Condicionantes del Afrontamiento**

Las variables que influyen en el proceso del afrontamiento pertenecen: tanto a la situación como a características de la persona, e inclusive a las interpretaciones culturales acerca del fenómeno que se está experimentando (Rowland, 1989b; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

##### *Condicionantes de la situación*

Hay circunstancias específicas de la vida que son consideradas como universalmente estresantes, es decir, situaciones en las que cualquier persona se evalúa a sí misma como excedida en cuanto a la utilización de sus recursos y que amenazan su bienestar. Los factores que se relacionan con esto tienen que ver con el grado de novedad, el nivel de incertidumbre acerca de lo ocurrido, grado de ambigüedad, factores temporales (inminencia, duración, incertidumbre sobre el cuando, etc.) y la presencia o ausencia de otros eventos estresantes en el mismo momento. Entre otros factores, el tipo de situación condicionará el tipo de respuesta de acuerdo a la intensidad del estresor o a la duración del mismo (Lazarus y Folkman, 1986).

Algunos de los condicionantes específicos de la situación de afrontar un cáncer dependerán del diagnóstico y de las variables relacionadas con la enfermedad: la localización del tumor, el estadio en el que se encuentra, la gravedad de la situación, el pronóstico, el tipo de tratamiento, etc. (Lipowski, 1969; Rowland, 1989b; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Hay que tener en cuenta que el hecho de padecer cáncer, por el elevado nivel de estrés que genera, puede llegar a movilizar estrategias de afrontamiento más rígidas y menos realistas, según lo que plantean Lazarus y Folkman (1986) para las situaciones percibidas como de mayor estrés.

##### *Condicionantes Individuales*

Cada individuo posee una serie de variables de personalidad que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de su vida (Lazarus, 1974; citado por Rodríguez Fernández, 2006). Algunos autores señalan que las diferentes respuestas de afrontamiento pueden ser beneficiosas para algunas personas en una situación determinada, mientras que las mismas pueden no serlo para otras. En esta afirmación radica la importancia de considerar los condicionantes individuales y situacionales de cada experiencia de estrés.

Algunas de las variables de la persona que condicionan la experiencia de estrés son: las experiencias personales previas, las creencias, motivaciones, metas, el propio sistema de valores, momento del ciclo vital y las estrategias de afrontamiento. La percepción individual de la situación y el significado atribuido a la misma influye en la elección de una estrategia de afrontamiento particular (Rowland, 1989). Lazarus y Folkman (1986) agregarían que las variables de personalidad también intervienen fuertemente en las atribuciones o significados subjetivos atribuidos a la situación por medio de la evaluación cognitiva, logrando influir en la elección de una estrategia de afrontamiento.

El momento del ciclo vital en el que se conoce el diagnóstico es importante, no solo por los proyectos que corren el riesgo de no realizarse (no es lo mismo para una persona joven con más proyectos de futuro que en una persona de edad avanzada) sino también por la amplitud de recursos con los que cuentan las personas para hacerle frente (en las personas más jóvenes pueden ser más limitados debido a su inexperiencia en cuanto al afrontamiento de situaciones estresantes) (Rowland, 1989).

En cuanto a las experiencias previas (tanto de uno mismo como de personas cercanas), es importante conocer cómo se valoraron esas situaciones, el impacto emocional que produjo y el resultado final o desenlace de la enfermedad (muerte, remisión, secuelas físicas, etc.). Todo esto puede llevar al sujeto a pensar que ya conoce lo que va a suceder limitando o facilitando las posibilidades o alternativas

Los motivos, motivaciones y metas de una persona determinan qué es importante para ella; influyen en la evaluación cognitiva modulando la sensibilidad ante las señales del ambiente e influyendo sobre su vulnerabilidad (según la importancia que dé a sus motivos o el valor de la meta que esté en juego) (Lazarus y Folkman, 1986).

Algunas de las creencias más influyentes en este proceso son las relativas al control personal (teniendo en cuenta que a mayor control percibido la amenaza es percibida como menor, y viceversa) y las creencias existenciales (religiosas, filosóficas, etc.) (Lazarus y Folkman, 1986). La percepción de control es importante debido a que existe evidencia en la que las personas con Locus de Control más interno usan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas (Rowland, 1989b), lo que está asociado, generalmente, a mejores posibilidades de adaptación o ajuste psicológico a la enfermedad, mejor calidad de vida, etc. Las creencias religiosas también influyen en el afrontamiento del cáncer y aunque su relación no es del todo clara se vincula con los niveles de bienestar, el manejo del dolor y de apoyo y contención social.

También influirán otros recursos de la persona como: el estado de salud, sus habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales, entre otros. Puede ocurrir que estos recursos no estén disponibles o estén restringidos debido a cuestiones personales como valores, creencias, impulsividad, miedos, etc., también debido a cuestiones medioambientales como la presión social, o bien debido a un alto nivel de amenaza percibida (Lazarus y Folkman, 1986).

Hay que tener en cuenta que elegir un tipo de afrontamiento supone un coste para la persona, en el sentido de que implica un esfuerzo añadido al estrés que de por sí se genera en la interacción con la situación (por ejemplo, una enfermedad); por esto, cada persona debe estimar el grado de esfuerzo que es capaz de realizar o no ante la situación que se le presenta pues esto también puede influir en la estrategia que se lleve a cabo (Singer, 1984; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

En un estudio acerca de las evaluaciones, el afrontamiento, estado de salud y síntomas psicológicos, se partió de la hipótesis de que la evaluación y los procesos de afrontamiento deberían estar caracterizados por un grado moderado de estabilidad a través de los encuentros estresantes para que los mismos tengan un efecto sobre el estado de salud físico y en los síntomas psicológicos. Las conclusiones plantearon que las variables psicológicas no explicaron las diferencias de variación en cuanto al estado de salud físico, pero sí explicaron la variación en síntomas psicológicos (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLonguis, 1986).

Este estudio, junto a muchos otros, permitió afirmar que se deben tener en cuenta las influencias de la personalidad en las estrategias de afrontamiento. Es importante diferenciar



las respuestas disposicionales (o habituales ante el estrés) de las situacionales (una situación concreta ante la que se reacciona en función del significado atribuido) (Carver, 1989; citado por Rodríguez Fernández, 2006). Este autor agrega que es posible que las estrategias de afrontamiento que elige una persona deriven de ciertas características de su personalidad, pero que en general los rasgos de la personalidad no parecen ser útiles para predecirlas con exactitud ya que las correlaciones entre ambas variables son débiles (Carver, 1989; Rowland, 1989b; Singer, 1983; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Según los autores mencionados anteriormente, algunas variables personales que podrían influir en el afrontamiento serían (Carver, 1989):

1). *Optimismo/Pesimismo*: las personas optimistas tienen expectativas más positivas en relación a su futuro y utilizan estrategias de afrontamiento más activas; mientras que las pesimistas, tienen peores expectativas acerca del futuro y utilizan estrategias centradas en el malestar emocional y en la evitación (Carver, 1989; Carver, 1993; Scheier, 1986; citado por Rodríguez Fernández, 2006). En general, los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y prolongados, hacen a la persona más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reporte de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar ayuda médica oportuna, inducen conductas poco saludables (tabaco, alcohol, etc.) y puede afectar tanto la recepción como la percepción del apoyo social; de alguna manera esto permitiría explicar que el pesimismo y ánimo depresivo se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno, 2007; Barro, Cerna, Kramm y Vélez, 2004)). Otros estudios plantean que el pesimismo disposicional pone a los pacientes con cáncer de mama en riesgo de padecer, no sólo distrés emocional, sino también aislamiento social y retiro de actividades recreativas (Carver, Lehman y Antoni, 2003). Parece que el optimismo se relaciona inversamente con el distrés y que el afrontamiento funciona como mediador en el efecto del optimismo sobre el distrés (Carver, Pozo, Harmis, Noriega, Scheier, Robinson, Ketchan, Moffat J. R. y Clark, 1993; Trunzo y Pinto, 2003). En una investigación se encontró que al momento del diagnóstico los síntomas como ansiedad y depresión fueron precedidos por bajos niveles de optimismo disposicional, lo cual fue parcialmente mediado por el uso de afrontamiento evitativo centrado en las emociones (Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt, Primo y Krag, 1999).

2). Locus de Control (Rotter, 1966): la percepción de control que la gente tiene acerca de la situación de enfermedad parece ser un factor importante en cómo afrontarla (Carver, 1989; Stone y Porter, 1995). Se relaciona con la percepción de posibilidades para controlar aspectos de la situación, de introducir cambios en la situación, con el “recuperar” cierto dominio sobre lo que le sucede, relacionándose con la autoeficacia, competencia personal, entre otras, que influyen el estado de ajuste y adaptación, así como la calidad de vida y autoestima.

3). Autoestima: en comparación, las personas con más autoestima tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas y positivas, mientras que las que tienen menores niveles autoestima tienden a desatender sus metas en situaciones de estrés. Se sugiere que llevar a cabo acciones mientras uno se encuentra bajo condiciones estresantes, como opuesto a permanecer pasivo, es una poderosa herramienta de afrontamiento (Gal y Lazarus, 1975). Son halladas fuertes correlaciones entre las estrategias de evitación y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida (Llull, Zanier y García, 2003)

4). Resiliencia: reduce los efectos nocivos del estrés debido a que las personas con personalidad más “resistente” realizan afrontamientos más activos.

5). Personalidad tipo A: este tipo de personalidad ha sido identificado con sujetos tendientes a un afrontamiento más activo que ignora el malestar emocional.

6). Ansiedad rasgo: sea ha encontrado que existe una asociación negativa entre ansiedad rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo.

#### Condicionantes socio-culturales

Las visiones culturales de lo que significa un cáncer y el padecerlo influyen en el significado subjetivo de la enfermedad y, por lo tanto, en la elección de las estrategias de afrontamiento a implementar (Lipowski, 1969; Rowland, 1989b; Sontang, 1996; citado por Rodríguez Fernández, 2006). Además, estas visiones van a influir, a nivel social más amplio, en las actitudes y el trato de las personas que se relacionan con los pacientes: el personal sanitario, las redes asistenciales existentes y el apoyo social en general.

También se debe señalar que existen ciertas estrategias de afrontamiento que se emplean con mayor frecuencia que otras de acuerdo con la cultura a la que se pertenece, es decir que más allá de la naturaleza de la amenaza implicada en la situación, existirían preferencias culturales en cuanto a la elección de estrategias de afrontamiento. No obstante, se debe considerar en cada caso cuáles son los valores en juego así como la percepción del sujeto en cuanto a la posibilidad o no de modificación de la situación (posibilidades de control).

El apoyo social juega un papel fundamental e influencia de forma directa la reacción ante el cáncer y su significado, además puede ser usado como estrategia de afrontamiento.

### **IV.2.3 Modelos teóricos del afrontamiento de un cáncer**

Los siguientes modelos fueron extraídos de la Tesis doctoral de la Dra. Rodríguez Fernández (2006):

#### **🚩 2.3.1 Modelo de Lipowski (1969-1970)**

Este modelo se refiere a la enfermedad en general, considerando que el cáncer supone demandas especiales. La definición de afrontamiento de Lipowski atiende a dos de las dimensiones propuestas por Lazarus y Folkman (1986): las estrategias dirigidas o centradas en el problema y las dirigidas o centradas en la emoción.

El modo en que una persona afronta su enfermedad depende de diversas variables: factores derivados de la enfermedad (médicos, significados culturales y personales de la enfermedad), factores ambientales de tipo físico y social (sobre todo la calidad de las relaciones sociales), factores intrapersonales (edad, creencias, valores, habilidades personales e inteligencia), es decir, aquellos factores que contribuyen a determinar el *significado subjetivo* de la enfermedad (similar a la evaluación cognitiva primaria de Lazarus y Folkman); esto influye en las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Lipowski diferencia entre estrategias y estilos de afrontamiento, entendiendo a las **estrategias de afrontamiento** como conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas y muy variadas que se pueden definir en función del significado subjetivo de la enfermedad, su función hace al objetivo del afrontamiento. Los **estilos de afrontamiento** suponen una perdurabilidad intraindividual y pueden ser cognitivos (van desde la minimización

a la vigilancia) o conductuales (desde la aproximación, adoptando una actitud activa, la capitulación, que implica una tendencia a la pasividad y a rechazar a los demás o depender de ellos, hasta la evitación, donde el sujeto podría actuar como si estuviera sano).

Los significados subjetivos que, desde este modelo, puede tener la enfermedad para el paciente son: a). Reto: genera estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, flexibles y racionales, b). Amenaza: genera reacciones de querer vencer a la enfermedad y provoca sentimientos de ansiedad, ira y/o miedo que lo llevan a seguir luchando o a rendirse según evalúe su capacidad para resistir esta situación, c). Castigo: en caso de que la enfermedad se perciba como algo justo o injusto, o como algo que permita la redención o expiación, d). Debilidad: la persona percibe su enfermedad como un fallo, un signo de pérdida del control personal con implicaciones éticas negativas y sentimientos de culpa, e). Liberación: de responsabilidades u obligaciones; esta significación está relacionada con la ganancia secundaria de la enfermedad, f). Estrategia: buscando obtener atención y apoyo por parte de los demás. Las estrategias implementadas están íntimamente relacionadas con el significado anterior, g). Pérdida o daño irreparable: es importante conocer el impacto de la pérdida, tener en cuenta el valor que el paciente le otorgaba a lo perdido y, por último, h). Valor: implica concebir a la enfermedad como algo que puede ayudar a desarrollar la personalidad y que permitirá el crecimiento personal.

### 2.3.2 Modelo de Weissman (1979)

Según Ferrero (1993; citado por Rodríguez Fernández, 2006) este autor intentó perfilar un modelo que mostrara lo que es un buen afrontamiento del cáncer. Lo define como lo que uno hace con un problema para obtener alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio. Consta de tres elementos: 1). Reconocimiento del problema para que el se busca alivio, solución o que simplemente se dejará en suspenso, 2). Comprender que tanto lo que uno hace como lo que no hace con el problema es afrontamiento; y que 3). Existen consecuencias inmediatas del afrontamiento que no siempre tienen relación con la situación a largo plazo.

El afrontamiento, para este modelo, es un proceso (no un conjunto de acciones aisladas) que combina percepción, evaluación, ejecución y corrección de ella, seguida de actividad adicional y conducta dirigida a la meta; lo que lo diferencia de la defensa es que tendería a suprimir la disforia, desviar el problema y convertirlo en un “no-problema” cuando sí lo es (todo esto supone una pauta repetida rígidamente con independencia del problema).

Para este autor el modo en que un paciente afronta la enfermedad es un reflejo del modo en que afronta otros eventos anteriores de enfermedad; las variaciones en esto serán explicadas por cuestiones contextuales.

También señala que la calidad de vida del paciente oncológico dependerá, en parte, de hasta que punto ha afrontado “adecuadamente” la enfermedad. Los requisitos que debería cumplir para un “buen” afrontamiento son: que permita mantener la esperanza, evitar la negación, no usar la evitación enfrentándose a la realidad y realizando acciones adecuadas a esta, atender a las soluciones o redefinir el problema en términos solucionables, buscar y considerar diferentes alternativas, mantener una comunicación abierta con las personas cercanas, buscar ayuda constructiva (incluidos los tratamientos médicos), aceptar el apoyo que se le ofrezca y ser asertivo si fuera necesario, mantener alta la moral mediante la confianza en uno mismo o en los recursos disponibles y considerar que el autoconcepto es tan importante como la reducción de los síntomas.

Este modelo apoya la hipótesis de que las diferencias entre aquellos que afrontan bien la enfermedad y los que no, están relacionadas con variaciones en su flexibilidad-rigidez, optimismo-pesimismo y recursos personales. También teniendo en cuenta el concepto de vulnerabilidad (que supone una situación en la que no se dispone de recursos suficientes) inversamente relacionada con el afrontamiento efectivo.

La vulnerabilidad puede tomar distintas formas que, a grandes rasgos, pueden agruparse en: *aniquilación* (reflejaría baja autoestima), *alienación* (debida al bajo apoyo social), *negación* (siempre y cuando se utilice durante demasiado tiempo) y *sentirse en peligro* (reflejado como frustración, agitación y hostilidad). Estos cuatro elementos de la vulnerabilidad constituyen lo que Weisman denominó “apuro existencial” relacionado, en última instancia, con la incertidumbre y el desamparo que llevaría a la depresión y a la sensación de impotencia.

### 2.3.3 Modelo de Ray, Lindop y Gibson (1982)

Los autores, inicialmente, se basaron en el modelo de Lazarus y Folkman, añadiéndole algunos matices:

1). Consideran que la evaluación secundaria está comprendida en la primaria, debido a que la percepción de control es un elemento de primer orden a la hora de determinar si una situación es evaluada como amenaza, pérdida o reto. Además, la evaluación primaria es la que determinará qué estrategias de afrontamiento pueden ser utilizadas. En razón de todo esto es que consideran que no tiene sentido abordarlas de forma separada.

2). Plantean que toda evaluación cognitiva es afrontamiento, apoyando esta afirmación en el hecho de que la persona siempre parte de situaciones anteriores para evaluar; así, toda evaluación va a ser una reevaluación en la que hay sesgos personales.

El afrontamiento es cualquier acción dirigida a la solución o mitigación de una situación problemática. Estos autores consideraron que el afrontamiento de los eventos vitales estresantes era un “esquema” aplicable en cualquier contexto; desarrollaron su estudio con pacientes prequirúrgicos y mujeres con cáncer de mama.

Para ellos las estrategias de afrontamiento se clasifican en un esquema en función de la “orientación o disposición general del individuo hacia la situación” (Ray, Lindop y Gibson, 1982) a la que se llama “tema” de afrontamiento. Proponen seis temas de afrontamiento, dentro de ellos, las estrategias pueden ordenarse sobre dos dimensiones: de acuerdo a su carácter defensivo (como opuesto al aproximativo o de reconocimiento de la amenaza) y al grado interno de control que implican (como opuesto al desamparo).

<b>TEMA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CARÁCTER DEFENSIVO Y GRADO INTERNO DE CONTROL</b>
<b>RECHAZO</b>	El paciente se ve como víctima de un hecho injusto ante el que se rebela.	Puede ir desde la “resistencia” (menor reconocimiento de la amenaza y mayor sensación de control) a la “agresión” (alto reconocimiento y menor control).
<b>CONTROL</b>	Ve la situación como un reto, puede definir el problema y los medios	Va desde la “vigilancia” (bajo reconocimiento de la amenaza y mayor sensación de control) a la “manipulación” (alto reconocimiento de la amenaza

	necesarios para resolverlo.	y menor grado de control).
<b>RESIGNACIÓN</b>	Se ve a sí mismo como carente de poder, lo deja todo en manos del destino, el azar o la suerte.	Va desde el “cese” (alto reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control) a la “aceptación” (bajo reconocimiento y mucha sensación de control).
<b>MINIMIZACIÓN</b>	No reconoce el peligro real de la situación, se muestra seguro y considera la acción como <i>no-amenazante</i> .	Las estrategias van desde la “racionalización” (alto reconocimiento de la amenaza y alta sensación de control) a la “negación” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control).
<b>EVITACIÓN</b>	Se siente bajo amenaza, pero pospone la confrontación por medio evitando situaciones y pensamientos ansiógenos relacionados con su enfermedad.	Pueden ser de tipo “selectivo” (alto reconocimiento de la amenaza y alta sensación de control) o “general” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control).
<b>DEPENDENCIA</b>	La persona siente desamparo, delega el control de la situación a otras personas	Va desde la “confianza” (alto reconocimiento de la amenaza y gran sensación de control) a la “sumisión” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control)

\*Cuadro 5: “Temas y dimensiones del afrontamiento de Ray, Lindop y Gibson” (1982)

Desde la perspectiva de este modelo, las personas pueden afrontar un evento sobre uno o más de estos temas, o variar entre uno y otro a medida que pasa el tiempo.

### 2.3.4 Modelo de Taylor (1983)

Este modelo teórico se presenta como una perspectiva acerca de la adaptación cognitiva al cáncer y se basó en investigaciones con pacientes con cáncer de mama para desarrollarlo (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman y Wood, 1984). Los esfuerzos para resolver una situación se apoyan en la habilidad del sujeto para formar y mantener un conjunto de ilusiones o creencias que le resulten válidos, sin que necesariamente coincidan con la realidad, pero que le permitan mantener sensación de control, mayor autoestima y esperanza. De este conjunto de creencias dependerá el funcionamiento mental adaptativo ante las amenazas (presentes y potenciales); teniendo en cuenta que se basan en cogniciones específicas que pueden cambiar de significado de una situación a otra. Autores como Merluzzi y Martínez (1997) plantean que estas ilusiones podrían suponer una minimización de las dificultades reales, pero que, a su vez, podrían estimular actitudes de espíritu de lucha y resiliencia ante la situación.

Esta autora propone que los esfuerzos por readaptarse giran en torno a tres procesos: *búsqueda de significados, intento de recuperar el sentido de control y restaurar la autoestima.*

1). *Búsqueda de significados*: implica los esfuerzos por comprender lo que ha sucedido: por qué ha sucedido y cuál es su impacto (Taylor, 1983). Existirían dos vías fundamentales para buscar significados: por un lado, *la búsqueda de atribuciones causales*, importa encontrar una explicación, no es importante el tipo de atribución que se encuentra, ya que se relaciona con la

necesidad de comprender, predecir y controlar las situaciones estresantes. Por otro lado, *dar un nuevo sentido a la nueva situación y a la propia vida*, que puede suponer un cambio de valores, reorganización de prioridades e incluso una ganancia de sentido de la vida o de cualidades personales (autoconocimiento, transformación positiva), produciéndose como consecuencia una mejor adaptación psicológica a la enfermedad y viviéndose como un catalizador de la transformación personal.

2). *Intento de recuperar el sentido de control*: esto se aplica tanto al evento como a la propia vida. Las creencias acerca de la posibilidad de control, suponen un mejor ajuste psicológico. Estos esfuerzos puede ser *mentales* (actitudes positivas, visualización, etc.) y *conductuales* (dieta, dejar de fumar, ejercitarse, etc.); para lograrlo es importante que se participe en la toma de decisiones, en la búsqueda de información o tratando de confrontar los efectos secundarios de los tratamientos.

3). *Restaurar la autoestima*: para ello, una estrategia frecuente es la comparación con otras personas en la misma situación, eligiendo las dimensiones en que se ven mejor o igual que ellas. Esto les permitía sentir que está enfrentado la misma situación de igual manera o inclusive mejor que las otras personas con las que se comparan.

De esta manera, para que la persona puede tener una buena adaptación, no importan el contenido específico de la atribución, ni el tipo de creencias o actividad en la que se base la sensación de control, ni siquiera, la dimensión en la que lleven a cabo la comparación social, sino que lo importante es que lleven a cabo los tres tipos de procesos (Taylor, 1983).

En este modelo también se pueden ver puntos de encuentro con el planteado por Lazarus y Folkman (1986), pues las estrategias dirigidas a la emoción, que incluyen a la reevaluación positiva, pueden dirigir la atención a los aspectos positivos de las situaciones complejas y estresantes, entre otros.

### 2.3.5 Modelo de Moos y Schaefer (1984)

Desde esta perspectiva, se entiende a la enfermedad física grave como una crisis vital, siendo la evaluación cognitiva o elaboración del “significado subjetivo” de la crisis lo que determina las tareas de adaptación sobre las que se aplica el afrontamiento (Moos y Schaefer, 1984).

Los autores dividen las tareas de afrontamiento en siete categorías (nótese que las primeras tres están circunscriptas específicamente a un contexto de enfermedad): 1). Manejar el dolor, la incapacidad y otros síntomas, 2). Manejar el ambiente hospitalario y los tratamientos, 3). Desarrollar y mantener una relación adecuada con el personal sanitario, 4). Preservar un equilibrio emocional razonable, 5). Preservar una autoimagen satisfactoria y mantener el sentido de competencia y dominio, 6). Mantener relaciones normales con familia y amigos; y 7). Prepararse adecuadamente para un futuro incierto.

Una vez que se determinan las tareas de adaptación, el sujeto va a poner en marcha sus habilidades de afrontamiento, las cuales se pueden agrupar en tres categorías:

<b><i>Dirigidas a la evaluación</i></b>	<b><i>Dirigidas al problema</i></b>	<b><i>Dirigidas a la emoción</i></b>
Análisis Lógico	Búsqueda de apoyo y guía	Descarga emocional
Reformulación positiva	Solución de problemas	Aceptación-Resignación

Evitación cognitiva	Búsqueda de fuentes de satisfacción alternativas	
---------------------	--	--

\*Cuadro 6: "Categorías de afrontamiento de Moos y Schaefer"

Las primeras consisten en entender y encontrar significado a la crisis; las segundas se relacionan con la búsqueda de información y apoyo, y la posibilidad de cambios de metas y proyectos; y por último, las que se realizan mediante la regulación afectiva buscando mantener la esperanza y el control de las emociones.

Dentro de este modelo, tanto la evaluación cognitiva como la conciencia sobre ciertas tareas y la elección de estrategias de afrontamiento reciben influencias de tres tipos de factores: 1). *personales y demográficos* (edad, género, nivel socio-económico, madurez personal, fuerza del Yo, creencias filosóficas y religiosas, y las experiencias previas de afrontamiento de enfermedades), 2). *Relativos a la enfermedad* (tipo de enfermedad, rapidez de su evolución, sintomatología, etc.), y 3). *Del ambiente físico y social* (el ambiente hospitalario, el nivel de estimulación sensorial, relaciones con familiares y amigos, etc.).

En 1993, Ferrero plantea la falta de claridad en este modelo debido a que el "afrontamiento dirigido a la evaluación" recoge estrategias o habilidades que pareciera que no puede ser entendidas como afrontamiento dirigido al problema o a la emoción, como la redefinición cognitiva y la negación.

### 2.3.6 Perspectiva de los "Mundos Supuestos" de Timko y Janoff-Bulman (1985)

Según estos autores, los seres humanos funcionamos con la creencia de que el mundo es benevolente y tiene sentido, de que uno es valioso e invulnerable ante los sucesos negativos ("ilusión de invulnerabilidad"). La experiencia de padecer un cáncer vendría a romper con esta ilusión. Ya que, si bien el mantenimiento de esta supone un mejor ajuste psicológico, los autores sugieren que solo es posible preservar estas creencias adaptativas hasta cierto punto.

Los procesos de *atribución causal* juegan un papel importante en el restablecimiento de esta "ilusión de invulnerabilidad". La *autoinculpación conductual*, implica el reconocimiento de una causa más controlable y modificable, lo que permite una mayor ilusión de invulnerabilidad, a diferencia de la *autoinculpación caracterológica* en donde la causa no es controlable ni modificable. De la misma manera, las creencias también van a influir en la eficacia de los tratamientos y sobre el control personal.

Según Ferrero (1993), una de las críticas a esta perspectiva se refiere a que estos autores dejan de lado otro tipo de creencias que pueden explicar la "probabilidad subjetiva de recaída" como determinadas ideas religiosas o filosóficas. Además, plantea que es discutible el hecho de que un diagnóstico de cáncer rompa necesariamente con esta ilusión.

### 2.3.7 Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer (1989)

Esta teoría plantea un modelo acerca del significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo. Aquí se apoya la afirmación de los autores anteriores en relación a que un diagnóstico de cáncer rompe el sentido de invulnerabilidad personal, considerando que ante esta situación los pacientes desarrollaran un proceso de evaluación cognitiva que intenta responder a tres cuestiones (Moorey y Greer, 1989):

1. **Grado de amenaza:** la enfermedad se puede considerar como un reto, como una gran amenaza (que llevaría a la destrucción), un daño o pérdida, o se podría llegar a una negación de la misma. A diferencia de Lazarus y Folkman, para estos autores la negación no es una estrategia de afrontamiento, sino una posible opción de evaluación primaria, posiblemente comparable a la de “irrelevante” pero en una situación en la que la amenaza es real.
2. **Capacidad de ejercer algún control:** es similar a la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman.
3. **Pronóstico:** este será elaborado por el sujeto en función del significado que se le da a la enfermedad y el grado de control que se perciba sobre ella.

El significado personal es sumamente importante e influye en el grado de control percibido; el patrón de pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a las evaluaciones del sujeto representan el estilo de ajuste que desarrollará al enfrentarse a la enfermedad. De esta manera, cada estilo de ajuste tendría como aspecto central un *esquema cognitivo* que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer. Este se configura en lo que estos autores han denominado “**esquema de supervivencia**”.

El esquema de supervivencia incorpora la triada cognitiva del cáncer que contiene a los siguientes elementos: visión del diagnóstico, control percibido y visión del pronóstico. Este selecciona la información ambiental congruente y filtra la información inconsistente con el estilo de ajuste del sujeto (Moorey y Greer, 1989; citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994). Los propuestos ante la situación del diagnóstico de un cáncer son:

1. **Espíritu de lucha:** se vive el diagnóstico como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo una sensación de pronóstico optimista. Las *estrategias de afrontamiento* se manifiestan mediante la búsqueda de información, teniendo un papel activo en la recuperación e intentos de seguir adelante con la vida habitual. El tono emocional es positivo con ligera ansiedad.
2. **Evitación o Negación:** el diagnóstico no es vivido como amenaza, por lo que no necesita controlar y manifiesta una sensación de pronóstico optimista. La *estrategia de afrontamiento* sería la minimización, acompañada por un tono emocional sereno. En el caso de la negación, el diagnóstico de cáncer es vivido como un error, considera que realmente no tiene cáncer.
3. **Fatalismo o aceptación estoica:** el diagnóstico es vivido como una ligera amenaza, la percepción de control sobre la situación está ausente o depende de otros y el pronóstico se acepta con dignidad sea cual fuere pues se desconoce. La *estrategias de afrontamiento* es la aceptación pasiva y, mientras que las estrategias dirigidas al problema están ausentes, el tono emocional es sereno.
4. **Desamparo y desesperanza:** se da en aquellas personas que ven al diagnóstico como una gran amenaza o pérdida real, en donde no hay ninguna percepción de control y la expectativa sobre el pronóstico es pesimista. Las *estrategias de afrontamiento* son la rendición, la expresión emocional y la ausencia de estrategias dirigidas al problema. El tono emocional, en este caso, es depresivo.



5. **Preocupación ansiosa:** el diagnóstico también es vivido como una gran amenaza junto con incertidumbre acerca de si se puede ejercer algún control sobre la situación y el pronóstico. Las *estrategias de afrontamiento* son búsqueda excesiva de seguridad, rumiación y excesiva atención dirigida a detectar recaídas (están muy pendiente de síntomas físicos). El tono emocional es de tipo ansioso.

Desde esta teoría, las estrategias de afrontamiento no funcionan como mediadores entre la evaluación cognitiva y la respuesta emocional ya que esta respuesta depende directamente de la evaluación que el sujeto haga de la situación. El afrontamiento sería un proceso en el que la evaluación cognitiva hace más probables determinadas estrategias.

Estos tipos de ajuste propuestos son de origen empírico, tienen un carácter dimensional y serían un prototipo de reacción a los que la realidad se adapta en mayor o menor medida. Las personas responderían, en la realidad, a su enfermedad no según un tipo correcto de ajuste, sino con respuestas más o menos próximas a cada uno de ellos. Es más, es posible utilizar más de uno a la vez, aunque sean contradictorios, ya que esto supondría que un mismo sujeto se puede encuadrar en varios tipos de ajuste a la vez, o en diferentes momentos de su enfermedad.

#### **2.3.8 Teoría de Temoshok: personalidad y estilos de afrontamiento (1987)**

El modelo plantea que existiría un estilo de afrontamiento característico de las personas que padecen cáncer identificado en base a un patrón de personalidad que sería más frecuente en ellos y que se ha llamado **Personalidad tipo C** (Temoshok, 1987).

Este patrón se caracteriza por dificultades en la expresión de emociones y tendencia a tener sentimientos de impotencia o desesperanza; algunos rasgos de personalidad que le acompañan serían el estoicismo, actitud agradable en el trato con los demás, perfeccionistas, trabajadores, sociables, convencionales, con mecanismos de defensa más rígidos, que no expresan agresividad (debido a la supresión de sus emociones) (Temoshok, 1987).

Los tipos de afrontamiento característicos de este tipo de personalidad serían: ignorar las propias necesidades para satisfacer las de los demás, suprimir emociones negativas, ser colaborador, poco asertivo, apaciguador y aceptar fácilmente cualquier circunstancia.

Las personas con este tipo de afrontamiento tendrían una frágil adaptación al mundo y estarían siempre en un equilibrio precario que afectaría el equilibrio emocional y finalmente en el del organismo. Si los sujetos debieran enfrentarse a situaciones estresantes probablemente se verán sobrepasados más fácilmente empeorando su estado.

Este tipo de personalidad se ha asociado con mayores posibilidades de sufrir un cáncer o de que el mismo tenga una progresión más rápida. Este hecho ha tenido sus contradicciones en los distintos estudios que lo han evaluado.

#### **IV.2.4 Puntos de encuentro entre modelos y teorías**

A partir de los diferentes modelos teóricos comentados previamente se pueden señalar aspectos en común a todos ellos. Uno de ellos es la existencia de una serie de reacciones habituales ante el estrés que supone una enfermedad como el cáncer.

Para la mayoría de estos autores es sumamente importante considerar el significado atribuido a la situación de enfermedad que se vive, así como la necesidad de hacer una redefinición de la misma después del diagnóstico para poder enfrentarla mejor (Lipowski, 1969, 1970; Moorey y Greer, 1989; Taylor, 1983; Weissman, 1979); otros coinciden en la importancia e influencia de la personalidad previa del sujeto (Lipowski, 1969, 1970; Weissman, 1979).

Voogt y colaboradores (2004) realizaron un estudio con pacientes oncológicos, encontrando en aquellos que refirieron menores sentimientos positivos la obtención de bajas puntuaciones en estrategias de afrontamiento enfocadas en la resolución de problemas, y que aquellos que mostraba más sentimientos negativos eran los que realizaban estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones. Además, plantearon que aunque hay variaciones entre los diferentes estudios, debido a características de los pacientes, los tipos de cánceres, las localizaciones, las fases de la enfermedad, los métodos y periodos de evaluación, se encuentran temas comunes en las estrategias de afrontamiento del cáncer:

- Las estrategias o estilos de afrontamiento que promueven una respuesta activa (Feifel, Strack y Nagy, 1987; Weisman y Worden, 1976,1977; Voogt, 2004) como la aceptación o encontrar aspectos positivos en la situación parecen ser más eficaces (Carver, 1993; Taylor, 1984; Weissman y Worden, 1976, 1977). Mientras que las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo o de pasividad (Behem y Rodrigué, 1994; Feifel, Strack y Nagy, 1987; Weisman y Worden, 1976, 1977), las enfocadas en las emociones (Voogt, 2004) o la negación parecen ser menos eficaces (Carver, 1993; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995).
- El afrontamiento de la enfermedad es un proceso dinámico que cambia en función de las circunstancias y la evolución que hace el individuo de su significado en relación a su supervivencia, futuro, relaciones futuras, autoestima y consecución de metas (Carver, 1993; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Lazarus y Folkman, 1986).

La flexibilidad en cuanto a las actitudes permite un mejor afrontamiento de la enfermedad (Carver, 1993). Muchos autores también coinciden en lo necesaria que es la percepción de control, o sentir que el mismo se recupera (Moos y Schaefer, 1984; Moorey y Greer, 1989; Ray, Lindop y Gibson, 1982; Taylor, 1983).

Algunos diferencian entre respuestas de afrontamiento adaptativas y no adaptativas (Lipowski, 1969, 1970; Taylor, 1983) o entre un buen o mal afrontamiento (Weissman, 1979) o bien lo diferencian en función de sus consecuencias emocionales (Moorey y Greer, 1989).

#### **IV.2.5 Investigaciones: Salud Mental y Afrontamiento**

La condición de alta amenaza a la salud energiza todas las estrategias de afrontamiento, ninguna en particular. El factor determinante acerca del uso específico de una u otra es la información que la persona posee acerca de ellas (Rippetoe y Rogers, 1987). En el mismo estudio se llegó a otra conclusión, a saber, que la autoeficacia y la responsividad eficaz elevadas son condiciones que favorecen el afrontamiento adaptativo y no promueven el desadaptativo, aclarando que la estrategia más desadaptativa es la evitación del pensamiento

debido a que simultáneamente a que reduce el temor a la amenaza debilita las intenciones de adoptar una respuesta adaptativa.

Las estrategias de afrontamiento están más fuertemente relacionadas con la calidad de vida que los factores médicos, características de la enfermedad y sus tratamientos, aspectos sociodemográficos y el apoyo social (Manuel, Burwel, Crawford, Lawrence, Farmer, Hege, Phillips y Avis, 2007). Otros autores hacen referencia a lo mismo cuando plantean que la mitad de las variaciones en el ajuste psicológico de las personas pueden ser atribuidas al estilo de afrontamiento (Glanz y Lerman; citado por Manuel, 2007).

En supervivientes al cáncer de mama: factores como la edad al momento del diagnóstico, el estado civil, el empleo, educación, intensidad percibida de la enfermedad y el afrontamiento activo, dan cuenta de las variaciones que se producen en el crecimiento psicológico y psicosocial de los pacientes en sus relaciones con los otros y en las nuevas posibilidades en su apreciación de la vida (Bellizzi y Blank, 2006). En la investigación llevada a cabo por Jim, Richardson, Golden-Kreutz y Andersen (2006) se hallaron resultados similares planteando que las estrategias de afrontamiento positivas parecen predecir variaciones significativas en el sentido o significado de la vida, los sentimientos de paz interior, satisfacción con la vida actual, el futuro, la espiritualidad y la fe; mientras que al ausencia de estrategias predeciría reportes acerca de pérdida del sentido y confusión.

Se han encontrado datos relacionados con los temas anteriores como los de una investigación en la que la mayoría de las mujeres que padecían cáncer de mama pudieron reportar al menos un beneficio en relación a su experiencia con la enfermedad. En este estudio, la reevaluación positiva predecía ánimo positivo y percepción de salud (a los 3 y 12 meses de seguimiento), el crecimiento psicológico post-traumático lo predecía a los 12 meses, mientras que encontrar beneficios no predijo ningún resultado (Sears, Stanton y Danoff-Burg, 2003).

Además, Levy, Herberman, Lippman, D'Angelo y Lee (1991; citado por Báñez Villoria, 2002) encontraron que entre sus pacientes de cáncer de mama, aquellas que mostraban estrategias de afrontamiento caracterizadas por la búsqueda de apoyo social tenían mayor actividad de las células Natural Killers (NK) en los 15 meses de seguimientos y que esto era un importante predictor de la recurrencia a lo 5-7 años, viéndose mayor relación entre las que presentaba una recurrencia y los estados anímicos alterados.

A continuación se presentan una serie de tablas en las que se expresan los resultados más significativos de algunas investigaciones:

AUTORES		<i>Oblitas Guadalupe (2004)</i>	<i>Otros autores</i>
<b>FUNCIONALIDAD</b>	FUNCIONALES	Apoyo, autocontrol, reestructuración positiva, planificación, buen humor, optimismo, afrontamiento activo	Confrontación, optimismo, espíritu de lucha
	DISFUNCIONALES	Autoinculpación, negación, pensamientos evasivos, conductas evitativas y pesimismo	

*\*Cuadro 7: Funcionalidad del afrontamiento en pacientes oncológicos*

<b>AUTORES</b>		<i>Weissman y Worden (1976-1977)</i>
<b>EFICACIA</b>	EFICACES	Aceptación, redefiniciones, confrontación (realista), búsqueda de dirección
	INEFICACES	Retirada, evitación, pasividad, redención, culpabilización, acting out, apatía

*\*Cuadro 8: Eficacia del afrontamiento en pacientes oncológicos*

<b>AUTORES</b>		<i>Weissman y Worden (1976-1977)</i>	<i>Dunkel-Shetter (1992)</i>	<i>Osowiecky y Compas (1998)</i>	<i>Manuel (2007)</i>
<b>ASOC CON MALESTAR Y DISTRÉS</b>	ASOC POSITIVA	Pesimismo, arrepentimientos sobre el pasado, antecedentes psiquiátricos, ideación suicida, altos niveles de ansiedad, debilidad yoica, cambios vitales recientes, abundantes síntomas físicos, baja expectativa de apoyo, actitud pasiva y culpar a otros	Evitación conductual	Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	Estrategias de afrontamiento de tipo evitativas se relacionan con peores resultados en la adaptación
	ASOC NEGATIVA	Optimismo, menos problemas previos y de pareja, bajos niveles de ansiedad, fortaleza yoica, menos síntomas físicos, asunción de la propia responsabilidad, buen apoyo familiar y social	apoyo social, centrarse en aspectos positivos y distanciamiento	Estrategias de afrontamiento centradas en la resolución del problema	Estrategias de afrontamiento de tipo evitativas se relacionan negativamente con adecuado ajuste y adaptación a la enfermedad y mejoras en la calidad de vida

*\*Cuadro 9: Asociación en la utilización de estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos (primera parte)*

AUTORES		<i>Vitaliano, Katon y Russo (1987)</i>	<i>Carver (2000); Osoviecky y Compas (1999)</i>	<i>Classen y col (1996)</i>	<i>Alferi y col (2001)</i>	<i>Carver y col (1993)</i>	<i>Skinner (1996)</i>
<b>ASOC CON MALESTAR Y DISTRÉS</b>	ASOC POSITIVA	En cuanto a la ansiedad y depresión, se relacionan con estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción (ej. Evitación cognitiva)			Las estrategias centradas en las emociones se relacionan positivamente con mayor distrés y menor apoyo social	Negación y evitación	Se relacionan positivamente con él las situaciones percibidas como incontrolables, las estrategias pasivas y centradas en las emociones
	ASOC NEGATIVA	En cuanto a la ansiedad y depresión, se relacionan con estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema	En este caso la ansiedad y depresión se asocian negativamente con el afrontamiento activo	Las estrategias como expresión emocional y espíritu de lucha se asocian negativamente con mejor ajuste	El acercamiento emocional aumenta el ajuste, el estado de salud y la calidad de vida (siempre que perciban como receptivo a su entorno)	Aceptación y uso del humor	

*\*Cuadro 10: Asociación en la utilización de estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos (segunda parte)*

AUTORES		<i>Weissman y Worden (1976-1977)</i>	<i>Bayés (1991)</i>	<i>Manuel (2007)</i>	<i>Carver y col (1993)</i>
<b>FRECUENCIA</b>	MAYOR FRECUENCIA	Averiguación racional, mutualidad, inversión del afecto, supresión, desplazamiento, confrontación, redefinición, fatalismo, impulsividad, amenazas vitales, revisar alternativas, examinar consecuencias, obediencia cooperativa, proyección, autoinculpación, expiación	Búsqueda de información sobre la enfermedad y sus tratamientos, actitud pasiva y distante, buscar apoyo, confrontación, atribución de causas concretas, acciones impulsivas, expresión emocional impulsiva, evitación de confrontaciones, amenazas vitales, revisar alternativas y afrontamiento activo.	Reestructuración cognitiva positiva, pensamiento desiderativo, realizar cambios	Aceptación, reformulación positiva y practicar una religión

*\*Cuadro 11: Estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por pacientes oncológicos*

### **IV.3 RECAPITULACIÓN Y PUNTUALIZACIONES**

La definición elegida para esta investigación es la de Lazarus y Folkman (Sandín, 1995) porque toma en cuenta las variables personales, las contextuales y las que pertenecen a la interacción entre ambos elementos, comprendidos en una situación evaluada como estresante.

El proceso del afrontamiento está íntimamente relacionado con las evaluaciones que las personas realizan, continuamente y casi automáticamente, en cada situación en la que se ven involucradas, estas junto con las creencias personales (acerca del control, autoeficacia, salud, causalidad, etc.) tienen mucho que ver con los esfuerzos que la persona considera que puede realizar.

Si bien en este trabajo no se propuso como objetivo evaluar la eficacia del afrontamiento (de las entrevistadas), se coincide con la idea de que la eficacia va a estar relacionada con el grado en que se consigan las metas generales del afrontamiento, a saber, la reducción del malestar emocional y la solución del problema (o adaptación a la situación) (Lazarus y Folkman, 1986). Otras metas consideradas como significativas son: mantener la autoestima, mantener o aumentar el aspecto social de sus vidas y acomodar las expectativas propias a las sociales y viceversa.

También se acuerda en que la consideración acerca de la adaptabilidad o no de determinadas estrategias de afrontamiento se realice en función de la utilidad que posea para la persona que las emplea, el contexto en que se utilizan, la finalidad que se les otorga y el grado en que permiten el cumplimiento de los objetivos del afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento se han evaluado y asociado, en pacientes con cáncer de mama, con variables como: malestar psicológico, calidad de vida, ajuste psicológico, trastornos psicopatológicos y sus síntomas como la ansiedad y depresión, estado de ánimo, percepción de control, estrés (distrés), apoyo social, crecimiento psicológico, significado o sentido de la vida (encuentro de beneficios, reevaluación, etc.), variables sociodemográficas y algunas variables disposicionales como optimismo/pesimismo, tipologías de personalidad, etc.

El afrontar un cáncer supone el manejo de un gran número de circunstancias estresantes relacionadas con características de la enfermedad, de su evolución, circunstancias de la vida y el momento en que se encuentra, la red de apoyo social, las características idiosincráticas de la persona y sus experiencias previas. Por todo esto es relevante el estudio de esta variable, ya que dependiendo de cuán eficaz sea el proceso de afrontamiento de una persona, entre otras cosas, será el efecto contraproducente del distrés sobre la calidad de vida y adaptación, así como la posibilidad de ejercer control.

También es importante tener en cuenta que la enfermedad física, el cáncer de mama específicamente, es entendida como una crisis vital, y la evaluación cognitiva o elaboración acerca del significado que esta tiene para la persona puede determinar las tareas de adaptación sobre las que se realizará el proceso de afrontamiento (Moos y Schaefer, 1984).

En general, la gente tiende a emplear estrategias basadas tanto en el problema como en la emoción para manejar los eventos estresantes. Parece ser que esto es funcional porque permite regular la emoción y manejar el estresor. También un amplio repertorio de recursos de afrontamiento, así como la flexibilidad y creatividad en su uso pueden mejorar la adaptabilidad del afrontamiento.

# CAPITULO V

## CONTROL



## **V.1 LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL**

### **V.1.1 Historia**

En el ámbito de la psicología el tema del control se comenzó a investigar alrededor de los años 50 y 60 en torno a cómo las personas podían obtener y mantener la sensación de dominio sobre sus vidas. El crecimiento en la investigación sobre este tema ha dado lugar a un campo de investigación denominado Psicología del Control. Esta es entendida como el conjunto de implicancias que derivan del control conductual, es decir, de la existencia de contingencia entre la conducta del sujeto o de otros individuos y la obtención de determinados resultados (Fernández, Alvares, Blasco, Doval y Sanz, 1998; citado en Báñez Villoria, M. 2002, Tesis doctoral “Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama”, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona; Barcelona, España).

El control, según Skinner (1996; citado por Báñez Villoria, 2002), se refiere a la medida en que un agente provoca, de manera intencionada, un resultado deseado y previene o evita resultados no deseados, también a cómo se orienta a prevenir nuevamente su ocurrencia y las consecuencias emocionales del evento.

La sensación de control, en general, es asociada al conocimiento sobre lo que se quiere, ser capaz de identificar los modos de conseguirlo, cambiar de objetivos cuando los iniciales no son factibles, ser capaz de reconocer las propias habilidades y saber incrementarlas si es necesario y decidir cuando vale el esfuerzo ejercer el control y cuando no lo vale. Algunos autores señalan que no siempre es beneficioso percibir o intentar tener el control sobre una situación (Merluzzi y Martínez, 1997; citado por Báñez Villoria, 2002); esto se puede relacionar con aumentos en los niveles de ansiedad y/o depresión, reiterados fracasos en el intento de controlar aquello que escapa a su poder, etc.

En lo que hace a la **delimitación teórica** debemos tener en cuenta que numerosos estudios han dado lugar a diferentes constructos y términos referidos al control, han propuesto estrategias para conseguirlo, para mantenerlo o inclusive para cederlo; pero una dificultad ya conocida es la diversidad de autores o investigaciones que utilizan diferentes términos para referirse a lo mismo, así como utilizar el mismo concepto para referirse a cuestiones distintas. Algunos ejemplos de lo que estamos comentando son (Báñez Villoria, 2002):

- **Control conductual**: la creencia de que la persona tiene disponible la respuesta conductual que puede afectar la negatividad de un acontecimiento. La respuesta que puede acabar con el suceso, hacerlo menos probable, menos intenso o cambiar su duración (Thompson, 1981).
- **Control cognitivo**: la creencia de que la persona tiene disponible la estrategia cognitiva que puede afectar la negatividad de un acontecimiento (Thompson, 1981). La habilidad de algunas estrategias cognitivas para hacer pensar a la persona de forma diferente sobre un acontecimiento negativo o hacer centrar su atención en los aspectos no nocivos de la situación aversiva (Fiske y Taylor, 1991).
- **Control objetivo**: interpretación adecuada a la relación real existente entre acción y resultado (Skinner, 1985).

- Control percibido: juicio que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones y las consecuencias (Fernández, 1998). Habilidad percibida para alterar de una manera significativa los acontecimientos (Burger, 1989). La expectativa de poder participar en las decisiones para obtener consecuencias deseables, y la sensación de competencia personal en una situación determinada (Rodin, 1990). Modelos causales respecto al funcionamiento del mundo sobre las causas probables de los resultados deseables o aversivos, sobre el rol personal en los éxitos y fracasos, sobre las respuestas de los otros, instituciones y sistemas sociales (Skinner, 1995). Este concepto podría contener los de *control personal* (Gurin, Gurin y Morrison, 1978) *control subjetivo* (Skinner, 1985).
- Locus de control de reforzamiento externo: se refiere a la expectativa de que los eventos dependen sólo parcialmente de la propia conducta o acción y, en mayor medida de la suerte, el azar o las acciones emitidas por otras personas, conceptualizada en forma de predisposición o tendencia hacia este tipo de valoraciones (Fernández, 1998). Cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción no es contingente con ésta, atribuyéndose dicho resultado al azar, fatalidad, etc. (Rotter, 1966).
- Locus de control de reforzamiento interno: cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción es contingente con ésta o con características permanentes personales (Rotter, 1966); vale aclarar que también esta atribución de contingencia entre la propia conducta y determinados resultados se entiende como una predisposición o tendencia sistemática a realizar este tipo de valoraciones (Fernández, 1998).
- Locus de control de salud interno: la creencia personal de que la salud depende en primera instancia de uno mismo (Wallston, 1992).
- Locus de control de salud externo: la creencia personal de que la salud no depende de uno mismo y que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (Wallston, 1992).
- Competencia personal: creencia individual y generalizada de que uno mismo es capaz de salir airoso de las situaciones a las que se vea sometido. Se combinan dos expectativas: la de conducta o autoeficacia (“soy capaz de hacer X”) y de resultado (“X tendrá como consecuencia lo que quiero”) (Fernández, 1998, Wallston, 1992)

### **V.1.2. Paradigmas básicos de la Psicología del Control**

Los pilares sobre los que se apoya la psicología del control, según Shapiro (1996) y Thompson y Collins (1995; citado en Báez Villoria, 2002), son cuatro:

En **primer** lugar, la *Teoría del Aprendizaje Social* de Rotter (1966), a partir de la cual el autor creó la escala de medición del Locus de control de reforzamiento Interno-Externo, con el objetivo de valorar las creencias subjetivas acerca de dónde se sitúa el control sobre los resultados. Planteó que algunas personas consideran los resultados como dependientes de su acción y otros como independientes.

A partir de los estudios relacionados con este concepto general, *Wallston* (1982) focalizó el mismo tema en el área específica de la salud proponiendo el constructo denominado *Locus de control de salud*.

El **segundo** paradigma sobre el que se apoya se encuentra en la *Teoría de la Indefensión Aprendida* de *Seligman* (1975), a raíz de muchos estudios, primero en animales y luego con humanos, planteó que las personas desarrollan estados anímicos depresivos cuando experimentan una ausencia de contingencia entre lo que hacen para controlar y el resultado que obtienen. Este estado se acompaña de falta de habilidad para poner en marcha mecanismos de control a fin de obtener resultados favorables o para evitar resultados negativos (aun cuando la situación sea objetivamente controlable).

En **tercer** lugar, la *Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social* de *Bandura* (1977) que se centra en un componente del control: la *autoeficacia* (entendida como la creencia personal de que se posee la habilidad necesaria para realizar una acción determinada) junto a los juicios de expectativas constituyen la denominada **Percepción de control**. A partir de esto es lógica la importancia de la autoeficacia, en una situación objetivamente controlable ya que si la persona cree tener las habilidades necesarias para controlarla las pondrá en marcha; en caso de considerar no tenerlas no las utilizará, independientemente de sus capacidades reales.

Otro campo o paradigma importante para la psicología del control se refiere a las *teorías psicosociales de afrontamiento ante situaciones estresantes*. *Bárez Villoria* (2002) considera como referente de este paradigma a *Folkman* (1984), quien sugiere que la percepción de control puede influir en la evaluación cognitiva primaria de la situación (en cuanto al grado de amenaza), además de ser crucial en la evaluación secundaria que realiza el sujeto (valoración de recursos y opciones de afrontamiento). Otro referente de este paradigma es el *Modelo Cognitivo de Adaptación* de *Taylor* (1983), que plantea que la adaptación a un hecho traumático incluye tres aspectos: la búsqueda de un significado, restablecimiento del control y restablecimiento de la autoestima. También plantea que la percepción de control y su puesta en marcha es fundamental para que la persona pueda afrontar la situación comprometida o escapar de ella, experimentar menos síntomas de depresión o ansiedad y, finalmente, restablecer el funcionamiento psicológico normal (*Taylor y Armor*, 1996; citado en *Bárez Villoria*, 2002).

### **V.1.3 Aspectos a tener en cuenta a la hora de hablar de control**

#### **V.1.3.1 Control Objetivo**

El control se fundamenta en la existencia de un agente (tanto una persona como un grupo de personas) que a través de determinados medios (habilidades, acciones, recursos, cogniciones, etc.) consigue ciertos resultados.

Se habla de control objetivo cuando la posibilidad de ejercer control sobre la situación, por parte del agente, es real; esto implica considerarlo como una realidad objetiva (aunque no siempre podemos conocer del todo), independiente del sujeto y sobre lo cual se emite un juicio o interpretación en cuanto a la relación entre medios y resultados, entre agente y medios, etc. (*Bárez Villoria*, 2002)

### V.1.3.2 El Sujeto

Hace referencia a la persona que se encuentra en determinada situación y sus características idiosincráticas. El sujeto puede coincidir con el agente o no. Es decir, el agente capaz de controlar puede ser el sujeto o puede no serlo: por ejemplo, en una situación de enfermedad, el que controla puede ser el médico o su equipo, en este caso la persona considera que no es capaz de ejercerlo (Bárez Villoria, 2002).

Íntimamente relacionada con el sujeto, debemos considerar a la motivación y los juicios de control que hace. La **motivación** se refiere a la valoración que realiza sobre la importancia que tiene cierta situación y las consecuencias que pueden derivarse de la misma. La motivación por controlar determinada situación se da en base a la interpretación del hecho y de las consecuencias que acarrea; se produce antes de que se emita un juicio de control o la percepción de control (Bárez Villoria, 2002). Cuando es evaluada como “no importante” posiblemente no va a haber motivación por controlarla, sus consecuencias no serán importantes y es probable que no emita un juicio de control. Por el contrario, cuando la situación y sus consecuencias sean significativas, se sentirá más motivado para realizar acciones que le permitan controlarlas (Bárez Villoria, 2002).

El **juicio de control** se refiere a una opinión o dictamen que la persona realiza sobre la contingencia entre agente-medios y resultados. Cuando hablamos de él, consideramos que puede ser positivo (percepción de control) o nulo (implica percibir que no hay control, por ejemplo el azar). Es modulado por diferentes factores, no siempre guarda relación con el control objetivo y constituye un aspecto principal para afrontar favorablemente el estrés (Fernández, 1998; citado en Bárez Villoria, 2002).

Algunos de los factores que modulan el juicio de control son las **creencias** dentro de las cuales, según Bárez Villoria (2002), podemos encontrar al *Locus de control* y a la *Competencia Personal*, en la que integran los juicios de control y la autoeficacia (interviene en la mediación y adaptación a situaciones de estrés). Además de las creencias, la autora considera que el *estado de ánimo* es un elemento que influye en la elaboración de un juicio de control, matizando o filtrando la información que procesamos (el estado de ánimo más depresivo suele llevar a interpretaciones más negativas de una situación alterando, entre otras cosas la autoeficacia), y al mismo tiempo que se ve afectado por él.

De cualquier manera, debemos tener en cuenta que la percepción de control es una condición necesaria pero no suficiente para producir efectos “saludables” ya que el sujeto puede no ejecutar esa conducta que, sin embargo, cree que tiene efectos sobre su situación; para que la lleve a cabo deben darse al menos dos condiciones: por un lado, que los resultados de la ejecución sean valorados como altamente relevantes (motivación) y, por otro lado, que el sujeto crea disponer de la capacidad necesaria para realizarla con éxito (autoeficacia) (Fernández, 1998; Merluzzi, Nairn, Hegde, Martínez, Dunn, 2001; citado por Bárez Villoria, 2002). A partir de lo dicho se considera que la autoeficacia es una parte del Juicio de control, ya que este último sin ella difícilmente producirá los efectos saludables deseados (Fernández, 1998; citado por Bárez Villoria, 2002).

En el artículo publicado por Smith, Strudler-Wallston, Wallston, Forsberg y King (1984), al hacer referencia a la naturaleza del control citan lo siguiente: Averill (1973) señala que “la mayoría de las personas prefieren tener el control sobre estímulos potencialmente nocivos, aún cuando ese control no sea de valor instrumental para alterar la naturaleza objetiva de la amenaza” (pág. 298). Y agregan que cada vez es mayor la evidencia acerca del aumento del estrés (distrés) asociado a estímulos nocivos o desagradables debidos a la percepción de falta

de control (Glass y Singe, 1972), también agregan que la última en sí misma puede ser un estresor. Es más, comentan Smith y colaboradores (1984), “las propiedades reductoras o inductoras del estrés en relación al control personal dependen del significado de la respuesta de control para el sujeto” (pág. 301). Un componente del significado de control para un individuo puede ser el grado en que el control es deseado o valorado.

## **V.2 EL CONTROL: REALIDAD VS ILUSIÓN**

El juicio de control puede coincidir o no con el control objetivo o real. En caso de que no se diera dicha coincidencia: podemos hablar de sobrestimación del control que implica percibir mayor control del que realmente se tiene, o se puede ejercer. La subestimación del control se produce cuando las personas perciben menor control del que realmente pueden ejercer o ausencia de control.

En el caso de la sobreestimación, se la conoce comúnmente como **ilusión de control** (Langer, 1975; Skinner, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002); mientras que la subestimación es también conocida como **Indefensión aprendida**, Seligman (1975): se refiere a la percepción de ausencia de control como resultado del sometimiento repetido a situaciones incontrolables (incontingencia). Una característica importante es que la indefensión aprendida puede llevar, junto con otras condiciones, a la aparición de déficits conductuales, emocionales, motivacionales y cognitivos.

Generalmente, se considera que el juicio de control se asocia a una mejor adaptación debido a que la persona manifiesta menor alteración emocional y se considera una respuesta necesaria para mantener niveles normales en cuanto a lo emocional y al funcionamiento personal en situaciones estresantes (Taylor y Armor, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002). Skinner (1996, citado por Bárez Villoria, 2002) plantea que la habilidad para conseguir y mantener la sensación de control es esencial para la supervivencia y la salud física. A raíz de esto es posible pensar que la **ilusión de control** (sobrestimación) puede proteger a las personas de sufrir síntomas de depresión luego de experimentar situaciones estresantes ya que disminuye el grado de **Indefensión** (decepción) (Alloy y Clements, 1992; citado por Bárez Villoria, 2002).

Situaciones como padecer un cáncer, una enfermedad cardíaca o VIH, según Bárez Villoria (2002), pueden evocar frecuentemente ilusiones de control por exceso, manifestándose en: pensamientos optimistas acerca del futuro, interpretaciones más positivas que la realidad acerca de su estado físico o la comparación con otras personas que están peor generando la sensación de que se está afrontando mejor que ellas. Esta adaptación cognitiva favorece el bienestar emocional y contribuye a que la persona pueda restablecer más rápidamente su nivel funcional y obtener algún beneficio de la situación (Taylor y Armor, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002). En este caso facilita un mejor ajuste psicológico, potencia las estrategias de afrontamiento activas y reduce los estados de alteración emocional mientras dura la enfermedad y sus tratamientos (Merluzzi y Martínez, 1997; Taylor y Armor, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002). Sin embargo, no debemos olvidar que: la Ilusión de control tanto por exceso como por defecto no siempre es adaptativa o beneficiosa. Percibir control (en pacientes crónicos) es beneficioso siempre que no llegue a ser extremadamente superior al control que realmente se puede ejercer, pues un exceso en la sensación de control puede llevar a una gran decepción y alteración emocional cuando la realidad muestre con una recaída o empeoramiento de la enfermedad que el control juzgado no era real (Helgeson, 1992; citado por Bárez Villoria, 2002). Cuando la situación es objetivamente poco controlable el juicio de

control será poco adaptativo para las personas con mal pronóstico y, en cambio, será adaptativo para los pacientes con buen pronóstico. Siguiendo la misma lógica, plantea que un irreal optimismo puede ser beneficioso a corto plazo; en cambio, la ilusión de control por defecto también puede acarrear consecuencias negativas a la larga ya que puede dar lugar a que la persona deje de realizar conductas que promuevan la salud (Shapiro, 1996; citado por Báez Villoria, 2002).

De cualquier manera hay autores que plantean que las personas consideradas como optimistas son capaces de mantener su juicio de control ante los cambios o las nuevas situaciones, es decir, cuando la realidad le muestra la incapacidad de control sobre un aspecto, desarrollarán otras estrategias que les permitan continuar manteniendo su actitud positiva y de control (Taylor y Armor, 1996; citado por Báez Villoria, 2002).

### **V.2.1 Consecuencias del juicio de control**

<b>CONSECUENCIAS DEL JUICIO DE CONTROL</b>			
<b>CONTROL OBJETIVO</b>	<b>JUICIO DE CONTROL</b>	<b>CONSECUENCIAS: ADAPTACIÓN</b>	
		<i>ESTADO DE ÁNIMO</i>	<i>AFRONTAMIENTO ADECUADO</i>
SI	POSITIVO	BUENO	ADECUADO
SI	NULO (Indefensión Aprendida)	MALO	INADECUADO
NO	POSITIVO (Ilusión de control)	BUENO	DEPENDE
NO	NULO	MALO	INEXISTENTE

*\*Cuadro 12: "Consecuencias del juicio de control", citado por Báez Villoria, 2002, [pág. 40](#)*

En general, venimos diciendo que el juicio de control positivo (en el sentido de que la creencia del sujeto es adecuada a las posibilidades) permite mantener un estado anímico estable y poner en marcha mecanismos para afrontar mejor la situación, incluso en el caso en que el control objetivo sea nulo. Cuando, tanto el control objetivo como el juicio de control son positivos, estamos ante un caso ideal: el afrontamiento será adaptativo y encaminado a controlar la situación y sus consecuencias.

Cuando el control objetivo es nulo y el juicio de control positivo estamos ante lo denominado como Ilusión de control: si se basa en las consecuencias negativas del hecho estará acompañado por un estado anímico bueno y estrategias de afrontamiento adecuadas; en caso contrario las estrategias serán inadecuadas. En caso de que el juicio de control sea nulo, siempre hablando en términos generales, el efecto sobre el estado anímico será negativo dejando al sujeto en una suerte de estado de Indefensión y será acompañado por estrategias de afrontamiento inadecuadas (no se centrarán en lo que realmente se puede controlar o simplemente no se hará nada para controlar).

Recordemos que la ilusión de control, a grandes rasgos, se considera positiva pues favorece el afrontamiento activo y el bienestar emocional, reduciendo los estados emocionales

negativos, mientras que la Indefensión Aprendida se considera negativa pues ocasiona lo contrario (Fernández y Edo, 1994; citado por Báñez Villoria, 2002), además, la percepción de bajo control se ha relacionado con supresión en el funcionamiento inmunológico (Shapiro, 1996; citado por Báñez Villoria, 2002).

### **V.3 LOCUS DE CONTROL**

Dentro del marco de la Teoría del Aprendizaje Social, Rotter (1954, 1966, 1990; Fierro, 1998; citado por Báñez Villoria, 2002) ubica el concepto de Locus de control de reforzamiento y el de confianza interpersonal. Pone el acento en las expectativas generalizadas y plantea que el comportamiento de una persona en una situación determinada es el resultado de la expectativa personal de que la realización de una conducta provocará un resultado determinado y tiene en cuenta el valor que dicho resultado tendrá para el sujeto (Sabatelli, Buck y Dreyer, 1983). Estas expectativas acerca de los reforzamientos son en función de experiencias pasadas y generalizaciones de otras situaciones, son sets cognitivos aprendidos, que potencialmente afectarán una variedad de opciones comportamentales (Rotter, 1966). De cualquier manera, debemos tener en cuenta que otros factores también influyen en la posibilidad de predecir comportamientos ya que la conducta es multideterminada.

La confianza interpersonal, Rotter (1967), es la expectativa generalizada de que otras personas son dignas de confianza en relación al cumplimiento de sus promesas (confianza en los otros), se desarrolla a lo largo de una expectativa relativamente estable y generalizada de confianza en otras personas (Sabatelli, Buck y Dreyer, 1983).

El Locus de control de reforzamiento se define en función de la existencia de dos polos con características conductuales y cognitivas opuestas; estos son: *locus de control de reforzamiento interno* define al sujeto que tiene una expectativa generalizada de que los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con su propia conducta, es decir, hace referencia a una tendencia personal a atribuir contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados (Fernández, 1989; citado por Báñez Villoria, 2002; Sabatelli, Buck y Dreyer, 1983). En el otro extremo encontramos el *locus de control de reforzamiento externo*, en este caso, el sujeto cree que los refuerzos que siguen a una acción están bajo el control de otras personas, o bien son incontrolables o están predeterminados pues dependen de fuerzas externas a él (destino y suerte). La idea de este polo es que la persona presenta una tendencia personal a considerar que los refuerzos solo dependen parcialmente de la propia conducta y, en mayor medida, del azar o de conductas de otras personas; consideran que los refuerzos que reciben son independientes de las propias acciones (Fernández, 1998; citado por Báñez Villoria, 2002; Sabatelli, Buck y Dreyer, 1983).

#### **V.3.1 Historia del Locus de Control**

Herbert Lefcourt (1992), en su artículo “Durability and Impact of the Locus of Control construct”, comenta que el locus de control ha sido considerado como predictor de diferencias en el comportamiento social, en el aprendizaje de conductas y de actividades más o menos relacionadas con los logros.

Este fue notado por su rigor en el estudio de aprendizajes en el contexto de laboratorios, por su cuidadosa medida de valores, creencias y expectativas; también por la preocupación en la definición y predicción de comportamientos inapropiados y derivados que tenían ramificaciones en problemas sociales y clínicos. En el momento en que tomó importancia, la psicología parecía (Lefcourt, 1992) lista para considerar constructos cognitivos, como el locus de control, que ayudaban a reinterpretar problemas de comportamientos anteriormente atribuidos a falta de motivación, etc. Con la relevancia de las creencias de control, como concepto explicativo para la inadecuación de comportamientos sociales, la responsabilidad para el cambio estuvo dirigida más frecuentemente hacia aquellas personas que podían considerarse como responsables de la provisión de oportunidades.

El Locus de control ha desaparecido parcialmente, a la vez que ha sido absorbido, en la literatura, en un número de términos similares. Dentro del rastreo realizado por Lefcourt (1992) se observan constructos tales como: percepción de control (Langer, 1983), autoeficacia (Bandura, 1977), causalidad (De Charms, 1986), desesperanza y estilos explicativos (Seligman, 1975), Atribución causal (Weiner, Heckhausen, Meyer y Cook, 1972) y competencia personal (Marter y Connel, 1984); además comentó que cada uno de los mencionados lidia con aspectos de la percepción de causalidad y control.

Sucesivos estudios demostraron que el Locus de control es multidimensional, a partir de ellos Wallston (1978), entre otros, consideraron cuatro subdimensiones: “interno”, “médicos”, “otros importantes” y “azar”. Otro avance del constructo fue en relación a las consecuencias a las que hacía referencia Rotter; Lefcourt, en 1981, amplió el rango de posibilidades del constructo, incluyendo todo tipo de consecuencias derivadas de la conducta del sujeto, independientemente de si estas podían ser consideradas como refuerzos o no, positivos o negativos.

Algunas críticas: Herbert Lefcourt (1992) plantea que algunas de las críticas realizadas al concepto de Locus de Control han sido: a). el Locus de control no se puede aplicar a una gran cantidad de variaciones en los comportamientos; b). la polaridad interno-externo es en realidad un continuo en el que la gente se mueve; c). las medidas de control necesitan ser más específicas para poder mejorar las predicciones y d), por último, existen varios conceptos que se confunden en el tema del control.

### **V.3.2 Locus de Control de Salud**

Es uno de los factores que influyen en el Juicio de control, en situaciones de enfermedad. Este concepto surgió a partir del constructo de Locus de control de reforzamiento de Rotter (1954, 1966; citado por Báez Villoria, 2002) y de su cuestionario; Wallston y sus colaboradores (Wallston, 1978; Wallston y Wallston, 1981; Wallston, 1976; citado por Báez Villoria, 2002) tomaron ese concepto y lo focalizaron en el ámbito de la salud.

La propuesta de estos autores suponía la aplicación de la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter al área de la salud, y partía del supuesto que decía que “el potencial de un individuo para involucrarse en una serie de comportamientos de salud es una función multiplicativa entre el grado en que el sujeto cree que sus actos pueden influir en su salud y el grado en que el individuo valora la salud” (Báez Villoria, 2002, pág. 50).

El locus de control de salud no se considera un rasgo de personalidad sino como algo que es específico de cada situación de salud y que es cambiante porque depende del momento en que se encuentre (Wallston, 1992; citado por Báez Villoria, 2002). Al igual que para el locus



de control de reforzamiento, nos podemos referir a él mediante la **polaridad interno – externo**.

El Locus de Control de Salud Interno se refiere a la creencia de que la propia salud depende o puede verse afectada por el comportamiento personal, por las propias acciones o decisiones, mientras que el Externo implica la creencia de que la salud se ve más influenciada por otras personas, por la fatalidad, la suerte o la casualidad (Wallston y Wallston, 1981, 1982; citado por Báñez Villoria, 2002, pág. 51). Es decir que, las personas con Locus de Control de Salud (LCS) Interno creen que mantienen su salud o enferman como resultado de su propia conducta y las que tiene LCS Externo serían aquellas que tienen pocas expectativas generalizadas acerca de que su salud depende de factores sobre los que ellas mismas tienen control, esto hace referencia tanto a las decisiones o acciones de otras personas “poderosas” como sus médicos y otros profesionales de la salud en torno a instrucciones, recomendaciones y prescripciones acerca de tratamientos y medicamentos, como el destino o la suerte (Font, 1989; citado por Báñez Villoria, 2002).

En situaciones de enfermedad hay cuestiones realmente incontrolables y otras sí pueden serlo. El control objetivo se referirá a lo que lógicamente varía dependiendo de la enfermedad y su gravedad. Por ejemplo, si el agente que ejerce el control es el médico o diferentes miembros del equipo, los medios se basarán en la prescripción de tratamientos o fármacos (tanto para buscar la curación, como para los cuidados paliativos, control de síntomas y de efectos secundarios); cuando el agente es la persona que padece la enfermedad los medios podrán ser las diferentes acciones o estrategias de afrontamiento que éste puede poner en marcha para contribuir a su curación, al control de sus síntomas o efectos secundarios y su estado de ánimo (Báñez Villoria, 2002).

En general, la principal motivación u objetivo más perseguido por los pacientes y personal sanitario, será la curación o eliminación de la enfermedad, pero también puede ser el control de la progresión o de los efectos secundarios, tanto de la enfermedad como de los tratamientos; también se puede tener como objetivo controlar el estado anímico y mantener niveles básicos de actividad, calidad de vida, etc.

Todo estos objetivos pueden ser alcanzados mediante la utilización de distintos medios y diferentes agentes ya que su acción no es mutuamente excluyente (solo se debe tener en cuenta que en una situación de enfermedad pueden existir varios agentes y que la predominancia de uno por sobre el otro dependerá del juicio de control de la persona) (Báñez Villoria, 2002). Aunque en general, cuando la persona padece una enfermedad grave acostumbra a delegar el control a los médicos (LCSE centrado en otros poderosos) dependiendo de la situación de la enfermedad, la gravedad y el tipo de tratamiento a seguir, el control objetivo es diferente así como el agente y los medios.

Una propuesta que comprende las distintas posturas, en relación a si la percepción de control es adaptativa o no para el sujeto, plantea que en una situación de enfermedad el mantener una percepción de control selectiva (interna para determinados aspectos y externa para otros) es adecuada, ya que hay cuestiones de la enfermedad que la persona puede controlar (síntomas cotidianos, dentro de lo posible elección de tratamientos, etc.), otras que controlará el médico (sobre todo lo relacionado con el curso de la enfermedad) y otras que están fuera del control de ambos (Affleck, 1987; citado por Báñez Villoria, 2002).

#### **V.4 INVESTIGACIONES SOBRE LOCUS DE CONTROL DE SALUD: PUNTOS EN COMÚN**

##### *Cáncer y Locus de control de salud*

El Locus de Control de Salud es un constructo a tener en cuenta en la adaptación al cáncer, junto a variables contextuales como la severidad de la enfermedad o la historia de tratamientos anteriores, el apoyo social, etc.

Muchas de las investigaciones sobre **Locus de control de salud** presentan puntos en común, a saber:

- Taylor, Lichtman y Wood (1984; citado por Báñez Villoria, 2002) encontraron que, en pacientes con cáncer de mama, el Locus de Control de Salud Interno y el Externo centrado en “Otros poderosos” se asocian a mejor ajuste emocional, bienestar físico y psicológico y favorecen la adaptación a la enfermedad porque implican: sensación de control y una forma más activa de afrontamiento (por ejemplo, tenderían a recoger más información sobre su salud, actuarían para mejorar sus hábitos o prevenir problemas de enfermedad). Se relacionan positivamente con mejores actitudes de salud en comparación con aquellos que dejan el control a la suerte o el azar (Font, 1989, 1991; Jenkins y Burish, 1995; Wallston 1992; Bundeck, Marks y Richardson, 1993; citado por Báñez Villoria, 2002), esto último se debe a que implican ausencia de control y se relacionan con Indefensión aprendida. Es más, se comprobó que la conjunción de LCSi y elevadas expectativas de autoeficacia se relacionan con menores síntomas de dolor, miedo, ansiedad y una valoración positiva todos los días (Font, 1989, 1991; citado por Báñez Villoria, 2002).
- Otros autores relacionaron estas características previas con mayor bienestar psicológico y menores síntomas de náuseas, ansiedad y mejor humor en personas realizando quimioterapia (Jenkins y Burish, 1995). Los que perciben control muestran menos hostilidad y malestar emocional que los no controladores; los que centran el control en “Otros poderosos” presentaron menos síntomas a causa de la quimioterapia. El LCSE centrado en “Otros poderosos” parece ser la creencia más beneficiosa en ese momento (Jenkins y Burish, 1995).
- Bremer, Moore, Bourban, Hess y Bremer (1997; citado por Báñez Villoria, 2002) encontraron que los pacientes que presentaban LCSi presentaban mejor estado de ánimo y calidad de vida que los que basaban sus percepciones en el azar o la ausencia de control.
- Lefcourt, Martin y Soleh (1984) plantearon que el *apoyo social* es considerado un importante moderador del estrés. En varias investigaciones revisadas por ellos se observaba que el efecto de este apoyo no es universal (siendo más efectivo para uno que para otros). Corroboraron esto planteando que parecería que las personas con Locus de control más interno obtienen mayores beneficios del apoyo social que aquellos que tienen una orientación más externa.

Se considera que las líneas de actuación deberían orientarse a aumentar, en los individuos que padecen una enfermedad, su sensación de control y competencia personal buscando estimular el desarrollo de estrategias de afrontamiento activas y menor reactividad emocional, y de esta manera se lograría una mejor adaptación y calidad de vida (Merluzzi y Martínez, 1997; citado por Báñez Villoria, 2002).

## **V.5 PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES INVESTIGADAS**

En los seres humanos son muy complejas, y relativamente desconocidas, las posibles explicaciones acerca de la influencia de distintas variables psicológicas en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades. Es decir, los estados psicológicos pueden preceder el inicio de una enfermedad como el cáncer, ser el resultado del mismo u ocurrir al mismo tiempo (Bárez Villoria, 2002).

En cualquier situación estresante, la sensación de pérdida de control contribuye a intensas reacciones de malestar emocional. Recuperar esa percepción ayuda a disminuirlas y facilita la adaptación (Taylor y Armor, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002). Percibir mayor control sobre el propio cuidado de la salud y tratamiento, es asociado con ánimo positivo y ajuste psicosocial; el ánimo negativo fue asociado a la creencia de que los proveedores de servicios de salud tienen mayor control sobre los síntomas diarios (Jerry Burger, 1989). Relacionado con lo anterior, la percepción de control pone en marcha una modalidad de afrontamiento asertivo, instrumental y de espíritu de lucha; lo contrario ocurre cuando se juzga imposibilidad de control, dando lugar al afrontamiento pasivo relacionado con desesperanza, resignación y fatalismo (Folkman y Greer, 2002; López-Roig, Neip, Pastor, Terol y Castejón, 1999; Shapiro, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002).

Los pacientes que sufren cáncer de mama consideran tener mayor control sobre la enfermedad del que realmente es posible lo que les facilita el afrontamiento y mantenimiento de un buen estado de salud (Taylor y Armor, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002). Algo muy relacionado con esto plantea Shapiro (1996): las formas más adaptativas, a largo plazo, para afrontar el estrés provocado por la enfermedad son aquellas que se relacionan con máximo grado de control (tanto conductual como cognitivo).

Los acontecimientos estresantes también se han asociado con la provocación o exacerbación de condiciones patológicas en cuyo proceso participa el funcionamiento inmunológico (entre ellos el cáncer) (Futterman, 1991; Irwin y Anisman, 1986; Knap, 1992; citado por Bárez Villoria, 2002). También se los ha asociado a la susceptibilidad y resistencia al cáncer, así como a su influencia en el curso evolutivo de dicha enfermedad debido a sus efectos a nivel del funcionamiento de neurotransmisores y hormonas (Cox, 1986; Fauman, 1982; citado por Bárez Villoria, 2002). Autores como Lefcourt (1976) hacen hincapié en que el impacto de los estresores puede ser disminuido en situaciones en las que se percibe cierto grado de control: las personas evaluadas como poseedoras de expectativas de control interno fueron más hábiles para resistir el asalto de los estresores que los que presentan expectativas de control externo (Lefcourt, 1976).

Se ha observado inmunosupresión en situaciones en las que el juicio de control y la competencia personal son bajas y se dan junto a un locus de control externo (Shapiro, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002); también en situaciones en las que el malestar emocional es elevado (Futterman, 1999; Visintainer, 1983; citado por Bárez Villoria, 2002). Gruber y colaboradores (1988) estudiaron los efectos del entrenamiento conductual y concluyeron que al correlacionar cambios en el control personal con algunas mediciones del sistema inmunológico, éstas habían aumentado. Una conclusión, más general que la anterior, es que se observaron mejoras en las respuestas inmunológicas de las células NK en aquellas personas que realizaban terapia psicológica (Fawzy y colaboradores, 1990, 1998, 1995, 1993, 1996; citado por Bárez Villoria, 2002).

También encontramos datos importantes en relación a la supervivencia al cáncer. En una revisión bibliográfica se encontró que esta puede mejorar cuando: el estado de ánimo es

bueno, las estrategias de afrontamiento adecuadas y cuando el soporte emocional y social es consistente; todo esto a su vez contribuye a un mejor funcionamiento inmunológico (Cwikel, Behar y Zabora, 1997; citado por Báñez Villoria, 2002). También se relacionan con mayor supervivencia a las estrategias de afrontamiento basadas en el espíritu de lucha y en la negación, junto con menores alteraciones emocionales. Algo que resaltaron estos autores fue que a la base de ambas estrategias está la percepción de control o la no percepción de amenaza (negación) (Greer, Moorey y Baruch, 1991; citado por Báñez Villoria, 2002).

Al enfrentarnos a situaciones estresantes, como el cáncer, es frecuente que respondamos con creencias distorsionadas respecto de nosotros mismos, nuestra capacidad de control y con expectativas optimistas sobre el futuro. Estas tres ilusiones ayudan a la adaptación, mantienen la esperanza y autoestima y favorecen el afrontamiento (Merluzzi y Martínez, 1997; citado por Báñez Villoria, 2002). Taylor y Armor (1996; citado por Báñez Villoria, 2002) sostienen que todo lo anterior protege contra alteraciones emocionales. La interpretación acerca de la posibilidad de control, capacidades y recursos influyen en la manera de afrontar y en la baja reactividad emocional (Merluzzi, 2001; citado por Báñez Villoria, 2002).

Shapiro (1996; citado por Báñez Villoria, 2002) comentó que el sujeto ante situaciones de enfermedad percibidas como controlables utilizará estrategias de afrontamiento que le permitan cambiar la situación o aceptarla y adaptarse con menor reactividad emocional negativa; mientras que cuando se percibe control externo al sujeto se realizarán otro tipo de estrategias, por ejemplo las basadas en el apoyo social. A esto se puede agregar que la posibilidad de control se asocia a menores niveles de ansiedad y depresión, lo que repercute en un estado de ánimo bueno; la percepción de situaciones incontrolables se asocia a estrategias pasivas y genera un posible estado anímico depresivo y/o ansioso (Carver 2000; Skinner, 1996; Shapiro, 1996; citado por Báñez Villoria, 2002). También Thompson y colaboradores (1993) mencionaron que los pacientes con mayor percepción de control se encontraban menos deprimidos que los que tenían menores percepciones de control, agregando que para ellos parece ser más importante controlar las reacciones emocionales diarias y los síntomas físicos que controlar el curso de la enfermedad.

## **V.6 RECAPITULACIÓN Y PUNTUALIZACIONES**

El estudio del control esta íntimamente relacionado con la evaluación acerca de posibles contingencias entre determinados comportamientos, pensamientos, etc. y determinados resultados, relacionándose también con prevenir o evitar resultados no deseados.

La sensación de control es fundamental para la persona, sobre todo en situaciones de enfermedad: la percepción baja de esta variable se ha relacionado con inmunosupresión, malestar psicológico, pasividad, indefensión, desesperanza, etc. Otro aspecto interesante es que ha sido considerada como un factor reductor de los efectos negativos del estrés.

Dentro del estudio del control son muchos los constructos que han aportado datos relacionados con el control. El elegido para esta investigación es el constructo "Locus de Control de Salud" que derivó de uno más general denominado "Locus de Control de Reforzamiento".

El "locus de control de salud" hace referencia a las creencias personales acerca del agente y las contingencias de las que depende la propia salud. El control se fundamenta en la

existencia de un agente que a través de determinados medios consigue ciertos resultados. El agente puede coincidir con la persona que se encuentra ante una situación determinada, en este caso el diagnóstico de cáncer de mama, o se puede considerar agente a otra persona o concepto abstracto en el que, según las creencias personales, recae la posibilidad de ejercer control, es decir, quien tiene contingencias con los resultados.

El sujeto, que puede o no coincidir con el agente, tiene una motivación construida de acuerdo a la interpretación del hecho y sus consecuencias. Casi al mismo tiempo, la persona emite un juicio de control sobre la contingencia de sus acciones o las de otros y los resultados. Este juicio es modulado por diversos factores, no siempre guarda relación con las posibilidades reales de control y es un elemento fundamental a la hora de afrontar el estrés.

Uno de los factores que influyen al juicio de control son las creencias, dentro de las cuales podemos ubicar al Locus de control.

Como en toda enfermedad crónica, hay aspectos de la misma que pueden ser controlados, así como elementos que escapan al control personal e inclusive al de los médicos; el cáncer es una enfermedad que, culturalmente, no le permite a la persona dar con una causa identificable, ni de poder realizar conductas que, casi indefectiblemente, lo lleven a una cura; considero fundamental conocer o describir el Locus de control de Salud porque es posible que ante el panorama general de falta de posibilidades de control las personas que padecen esta enfermedad abandonen toda intención de controlar, lo que si bien para algunos aspectos de la enfermedad es adaptativo, en otros aspectos es perjudicial y, como ya hemos visto, puede llevar a intensas experiencias de estrés y dificultades en el proceso de afrontamiento.

# PARTE 2

## MARCO METODOLÓGICO

## **VI.1 VARIABLES EVALUADAS**

Según Hernández Sampieri, Fernández-Colado y Lucio (2008) una variable es *“una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”* (p.123).

Las variables evaluadas en esta investigación fueron:

- a). Estrategias de afrontamiento
- b). Locus de Control de Salud
- c) Significado psicológico de cáncer y salud

## **VI.2 OBJETIVOS DEL TRABAJO**

- Identificar las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
- Describir el Locus de Control de Salud en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
- Conocer el significado psicológico de las palabras: cáncer y salud, en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

### **VI.2.1 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama?
- ¿Qué tipo de Locus de control de salud utilizan con mayor frecuencia las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama?
- ¿Cuáles son los significados que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama le otorgan al cáncer?
- ¿Cuáles son los significados que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama le otorgan a la salud?

## **VI.3 MÉTODO**

### **VI.3.1 Tipo de estudio**

La presente investigación posee un alcance descriptivo, utilizando metodología tanto cuanti como cualitativa. Debido al alcance de la misma, las conclusiones que se obtienen quedan circunscriptas a esta investigación.

Los estudios descriptivos consisten en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan; buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea susceptible de analizar (Danke, 1989; citado por Hernández Sampieri y otros, 2008). Todo lo mencionado se refiere a que el alcance de los mismos se relaciona con

medir, evaluar recolectar datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (describe tendencias de un grupo, muestra o población), rebasando los límites de la recogida y tabulación de datos, supone un proceso interpretativo acerca del significado e importancia de lo que se describe.

### **VI.3.2 Descripción de la muestra**

El tipo de muestra que es “no probabilística o dirigida”, lo que implica que la elección de los elementos que la componen no depende de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (proceso de selección informal), obedeciendo a ciertos criterios de investigación, a saber: mujeres con un diagnóstico confirmado de cáncer de mama, que hayan sido atendidas en FUNDAFEM por profesionales y, por último, que hayan sido derivadas para participar de la investigación por la psicooncóloga de la Fundación.

### **VI.3.3 Sujetos o participantes**

Las participantes de esta investigación fueron seis mujeres, elegidas por la psicooncóloga de FUNDAFEM que voluntariamente aceptaron participar de la misma, las edades están comprendidas entre los 38 y 61 años, todas tienen uno o más hijos y actualmente no se encuentran trabajando.

### **VI.3.4 Instrumentos**

Para cumplir con los objetivos de esta investigación y buscar respuestas a las preguntas planteadas se eligieron tres instrumentos:

- **CRI (Adult-Form)**, *Coping Responses Inventory* (Inventario de Respuestas de Afrontamiento), Rudolph H. Moos, 1993 (Adaptación: Ahumada, M. y Santiago, I., 2009).
- **MHLC (Form-C)**, *Multidimensional Health Locus of Control scale*, Wallston, K., Stein, M y Smith, C, 1994 (Wallston, K, Stein, M y Smith, C. Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment* 1994; 63(3): 534-553).
- **Redes Semánticas Naturales**, Valdez Medina, J. L., 2004.

#### **VI.3.4.1 Descripción de los instrumentos utilizados**

##### **VI.3.4.1.1 Redes semánticas naturales** (Valdez Medina, 2004)

Esta técnica es una de las más eficaces para evaluar el significado psicológico de manera válida y confiable (Valdez Medina, 2004). Surgió de la necesidad de abordar el estudio del significado directamente en humanos (los modelos previos lo hacían por medio de computadores); intenta dar una explicación al problema acerca de las relaciones que se dan



entre los nodos conceptuales que determinan la estructura básica de la red (Figuroa, 1980; citado por Valdez Medina, 2004).

El significado psicológico ha sido definido como “*la unidad fundamental de la organización cognoscitiva*”, está compuesto de elementos afectivos y de conocimiento, que crean un código subjetivo de reacción. Este concepto refleja la imagen del universo y la cultura subjetiva que tiene una persona, debido a que es una unidad natural de representación cognoscitiva y también sirve de estimulación para la producción de la conducta (Szalay y Bryson, 1973; citado por Valdez Medina, 2004).

Una red semántica es el conjunto de conceptos seleccionados por los procesos de reconstrucción de la memoria, considerando que esta selección, no es una simple asociación ya que está determinada por clases y propiedades de los elementos que la integran (Valdez Medina, 2004).

#### *Administración, evaluación e interpretación*

Esta técnica fue administrada individualmente. En caso de que las entrevistadas no comprendieran del todo la consigna, es decir, que mostraran dificultad en llevar a cabo las dos consignas para la palabra “Manzana” se les ofreció una explicación mas: “si manzana es la palabra número uno en importancia, cuál de las que ha dicho usted sería la número dos, y cuál la número tres, y así sucesivamente”. Mientras se ofrecía esta explicación se dibujaba en la hoja una línea en cuyo extremo izquierdo se colocaba el número uno y la palabra manzana, unos centímetros después el número dos, etc. colocando en esta línea la misma cantidad de números por palabra definidora.

Con este procedimiento Figuroa, González y Solís (1981; citado por Valdez Medina, 2004) demostraron que se puede estar seguro de que a pesar de que la técnica tiene orígenes asociacionistas, los resultados no responden a asociaciones libres de conceptos, ya que al solicitar un juicio para cada definidora de la palabra estímulo lo que se obtiene es una red semántica.

Las palabras definidoras que se les presentaron a las entrevistadas fueron, en orden: “Manzana” (sirve como ensayo para corroborar si la persona ha entendido la consigna y puede realizarla sin problemas), luego “Cáncer” y por último “Salud”.

Una aclaración que debo realizar en relación a la administración de esta técnica es que, por pedido de la psicooncóloga de la fundación se les solicitó a todas las entrevistadas que dieran cinco palabras definidoras, no se les pidió más de cinco, esto afectará la evaluación acerca de la riqueza semántica de las palabras, es decir, debe ser tenido en cuenta. De cualquier manera, mientras cada una realizó la técnica se pudo observar gran dificultad a la hora de pensar en la cuarta y sobre todo en la quinta definidora para cada palabra estímulo.

El análisis de los resultados se realiza mediante la obtención de cuatro valores: el valor J (indicador de riqueza semántica de la red), valor M (indicador del peso semántico obtenido para cada palabra definidora), valor FMG (indicador en términos de porcentaje acerca de la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras de conjunto SAM) y el conjunto SAM (constituido por las 15 palabras definidoras que obtuvieron los mayores valores M totales, se refiere al núcleo central de la red, centro del significado de un concepto).

#### VI.3.4.1.2 Inventario de respuestas de afrontamiento (Rudolph Moos, 1993)

El CRI–Adult Form, es una herramienta utilizada para identificar y monitorear estrategias de afrontamiento en adultos. Es una medida de ocho tipos diferentes de

respuestas a circunstancias vitales estresantes. Se presenta como auto-reporte y pretende identificar las respuestas cognitivas y conductuales utilizadas por cada persona al afrontar problemas recientes o con situaciones estresantes.

El primer grupo de cuatro escalas evalúa el afrontamiento del tipo acercamiento; el segundo grupo el afrontamiento evitativo. A su vez, las primeras dos escalas de cada grupo (acercamiento y evitativo) miden estrategias de afrontamiento cognitivo, mientras que la tercera y cuarta evalúan estrategias de afrontamiento conductual:

Estas respuestas se evalúan en función de las siguientes escalas:

**1) Análisis Lógico:** comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias.

**2) Reevaluación Positiva:** abarca los intentos cognitivos para construir y reconstruir un problema en un sentido positivo aceptando la realidad de la situación.

**3) Búsqueda de Apoyo:** consiste en los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo.

**4) Solución de Problemas:** comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema.

**5) Evitación Cognitiva:** son los intentos cognitivos para evitar pensar de un modo realista acerca del problema en cuestión.

**6) Aceptación-Resignación:** se refiere a los esfuerzos para reaccionar frente al problema a través de su aceptación.

**7) Búsqueda de Ganancias Alternativas:** abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.

**8) Descarga Emocional:** son los esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos.

Cada una de las ocho escalas está compuesta de seis ítems. Los sujetos deben describir un evento estresante reciente (en este caso, el diagnóstico de cáncer de mama); posteriormente deben responder utilizando una escala de cuatro puntos: "Nunca", "Rara vez", "Algunas veces" y "Muy a menudo" en cada uno de los 48 ítems del inventario (la escala de cuatro puntos fue modificada de su versión original por Ahumada y Santiago, 2008).

El inventario incluye además, una serie de 10 preguntas que proporcionan información acerca de cómo evalúa el sujeto ese estresor y sus resultados; abarcan el contexto del evento estresante y son incluidas por la conexión existente entre la evaluación del suceso y las respuestas de afrontamiento (Moos, 1992).

#### Escalas del Inventario de Afrontamiento

	Respuestas de Acercamiento	Respuestas de Evitación
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis Lógico</li> <li>• Reevaluación Positiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitación Cognitiva</li> <li>• Aceptación-Resignación</li> </ul>
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de Apoyo</li> <li>• Solución de Problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recompensas Alternativas</li> <li>• Descarga Emocional</li> </ul>

*\*Cuadro extraído de "Coping Responses Inventory Adult Form (Rudolph Moos, 1992: p.2)*

### *Administración, evaluación e interpretación*

Se trata de un cuestionario que puede ser auto-administrado. Consta de dos partes: la primera, supone la descripción de la situación estresante y su contextualización (mediante una serie de 10 preguntas que se responden haciendo una cruz en el casillero que más considere que corresponde, va de “No” pasando por “Generalmente no”, “Generalmente sí” y “Sí”).

La segunda parte, consta de 48 ítems que se refieren a distintos comportamientos que la persona puede haber puesto en práctica ante el suceso estresante descrito.

#### VI.3.4.1.3 Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud FORM-C (Wallston, 1994)

Esta escala se utiliza para evaluar el grado en que las creencias personales de las personas influyen la percepción acerca de quién o qué tiene control sobre su propia salud o aspectos de la misma.

Si la persona cree que su propio comportamiento influye su estado de salud, entonces consideraremos que posee una orientación de locus de control de salud interno; pero si cree que su estado de salud es contingente a las acciones de otras personas, el destino, suerte o azar, entonces se dice que la persona tiene una orientación de locus de control de salud externo.

En esta investigación se utilizó la Forma C que es específica y fue diseñada para evaluar personas con una enfermedad o condición médica existente. Su validez y confiabilidad fue evaluada a partir de su aplicación a pacientes con cuatro condiciones de salud diferentes: artritis reumatoide, dolor crónico, diabetes y cáncer.

Su composición es de cuatro subescalas: Internalidad, Médicos, Otras Personas y Azar. Las subescalas Internalidad y Azar están compuestas por 6 ítems cada una, mientras que las escalas Médicos y Otras Personas están compuestas por 3 ítems cada una.

- **Locus de Control de Salud Interno:** expresa creencias en la internalidad, es decir las creencias de que la propia conducta o factores internos al individuo son los responsables de la salud/enfermedad.
- **Locus de Control de Salud-Médicos:** incluye creencias en las que la propia salud está determinada por la actuación de médicos y demás profesionales de la salud.
- **Locus de Control de Salud-Otras personas:** incluye las creencias de que la propia salud está determinada por la actuación de otras personas distintas a los profesionales de la salud (por ejemplo: familia, amigos, pareja, etc.)
- **Locus de Control de Salud-Azar:** expresa creencias acerca de que la salud y la enfermedad son cuestiones del azar, la suerte o el destino.

Es importante recordar que las creencias de salud no son rasgos estables, sino que pueden cambiar a lo largo del tiempo, las circunstancias y, en este caso, en función de la evolución de la enfermedad.

### *Administración, evaluación e interpretación*

Se trata de un cuestionario que puede ser auto-administrado o evaluado como una entrevista estructurada. Se les pide a las personas que respondan a cada uno de los 18 ítems según el grado de acuerdo o de desacuerdo con la frase. Las respuestas se marcan en una escala tipo Likert que va desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 6 (Totalmente de acuerdo). Cada dimensión es evaluada independientemente de las demás.

Una aclaración que debo realizar es que al hablar de la condición médica de las pacientes, la consigna se presentó de la siguiente manera: *“Este cuestionario presenta distintas actitudes o creencias que la gente tiene acerca de su enfermedad (...)”*. No se hizo referencia explícita al cáncer de mama por recomendación de la psicooncóloga de la fundación debido a que, según su criterio, el impacto que genera en las pacientes el leer cáncer de mama podría haber influido negativamente en sus respuestas, es decir, podrían producirse bloqueos.

Los ítems correspondientes a cada subescala son los siguientes:

SUBESCALA	PUNTAJES POSIBLES	ITEM
Internalidad	6 a 36	1, 6, 8, 12, 13, 17
Médicos	3 a 18	3, 5, 14
Otras personas	3 a 18	7, 10, 18
Azar	6 a 36	2, 4, 9, 11, 15, 16

La puntuación de cada subescala consiste en la suma de los valores marcados en cada ítem de la subescala (los cuales pueden ir de 1 a 6). Todas las subescalas son independientes unas de otras. Por lo tanto se obtienen cuatro puntajes, no siendo posible obtener un “puntaje total” de la MHLC.

Las indicaciones encontradas acerca de la interpretación de los puntajes son bastante inespecíficas: se dice “puntajes elevados” en una subescala indican creencias en dicho constructo, sin embargo no se especifica qué se considera elevado.

El criterio elegido para interpretar la información fue la comparación de los distintos porcentajes, de acuerdo y desacuerdo, obtenidos para cada dimensión. Por ejemplo, a la dimensión Internalidad le corresponden seis frases o ítems, que fueron respondidos (por los seis sujetos que conforman la muestra) según estuvieran: “Totalmente de acuerdo”, “Muy de acuerdo”, “Algo de acuerdo”, “Algo en desacuerdo”, “Muy en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. De las treinta y seis respuestas totales, de esa dimensión, se analizó qué porcentaje de ellas estaba “Totalmente de acuerdo”, “Muy de acuerdo”, etc. Se sumaron los porcentajes que correspondían al “acuerdo” y los que le correspondían al “desacuerdo”. A partir de estos valores se realizaron comparaciones y se discutieron los resultados.

#### **VI.4 PROCEDIMIENTO**

El primer paso de esta investigación consistió en una entrevista con la encargada del área de psicooncología de la fundación FUNDAFEM, en la cual se explicaron los objetivos de la investigación, la motivación y la intención de brindar información tan relevante para el abordaje psicológico de las personas que participaran de la misma. También se le entregó una copia del anteproyecto aprobado por la Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología; a la espera de que ella pudiera evaluar el proyecto, analizarlo con el presidente y la vicepresidenta de la fundación.

Una vez que los tres mencionados aprobaron la realización de esta investigación, se pautó una entrevista con el presidente de la fundación a los fines de definir, junto con la psicooncóloga, los aspectos más operativos de la misma y realizar las correcciones que se consideraron pertinentes en relación a las técnicas.

La psicooncóloga que realizaba la atención de pacientes en la institución seleccionó a los pacientes que estaban en condiciones de participar y cumplían con los requisitos de esta investigación y por medio de la administrativa de la fundación, se citó a las participantes con el propósito de entrevistarlas y administrar las pruebas.

Cada encuentro con las entrevistadas se organizó de la siguiente manera: primero se les ofrecía una explicación sobre el fin de la investigación (Anexo 1 “Hoja de información al entrevistado”), luego se le explicaba el formulario de consentimiento informado (Anexo 2) el cual se solicitaba fuera firmado en caso de que se deseara participar voluntariamente de la investigación. Finalizado ese primer momento del encuentro se estructuraba una entrevista semidirigida (Anexo 3) con el objetivo primero que es establecer rapport y buena comunicación, también se la utilizó para obtener información sociodemográfica, permitirle a cada mujer contar como había sido el proceso que la llevó a conocer su diagnóstico, buscando la toma de contacto (cognitivo y emocional) con aquel momento, de manera que estuviera más “al alcance” a la hora de responder a los inventarios, cuestionarios, etc.

Posteriormente a la entrevista, las técnicas administradas fueron las redes semánticas naturales (Anexo 4), posteriormente el cuestionario de locus de control de salud (Anexo 5) y, luego, el inventario de estrategias de afrontamiento (Anexo 6). En todos los instrumentos utilizados se les pidió a los entrevistados que se concentraran en su diagnóstico de cáncer de mama.

#### **IV.5 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

##### **VI.5.1 Redes Semánticas Naturales**

###### *Presentación de resultados totales de la muestra*

*Palabra estímulo: CÁNCER*

**Tabla 1:** Categorías semánticas formadas

<b>DEFINIDORAS</b>	<b>SUMA VMT</b>	<b>CATEGORIA SEMÁNTICA</b>	<b>VMT de la categoría</b>
Maligna – Mala	9 + 9	Maligna	18

Las categorías semánticas fueron propuestas por Valdez y Hernández (1986) y Valdez Reyes (1989, 1992), su obtención se realiza en base a las relaciones de sinonimia que tienen algunas de las palabras definidoras que fueron generadas por los integrantes de la muestra.

En este caso se formó una categoría semántica denominada “Maligna” compuesta por las definidoras “Mala” y “Maligna”, cuyo valor M es de 18. Su creación modificó el Valor J de 28 a 27.

**Tabla 2:** Conjunto SAM y valores para el análisis

<b>Conjunto SAM</b>
---------------------

Numeración	Definidoras	Valor M	Valor FMG
1	Enfermedad	24	100%
2	<i>Maligna</i>	18	75%
3	Muerte	14	58,33%
4	Curable	10	41,66%
5	Inesperada	10	41,66%
6	Insulto (golpe)	10	41,66%
7	Oportunidad	10	41,66%
8	Vida	10	41,66%
9	Destrucción	9	37,50%
10	Lucha	9	37,50%
11	Posibilidad	9	37,50%
12	Temor	9	37,50%
13	Cambio de prioridades	8	33,33%
14	Controlable	8	33,33%
15	Doloroso	8	33,33%
16	Energía	8	33,33%

**Valor J = 27**

### Referencias

Amarillo: núcleo del concepto

Verde: atributo esencial de la palabra estímulo

Celeste: atributos secundarios

Violeta: atributos periféricos

Rojo: zona de significados personales

El **valor J** correspondiente a la palabra estímulo “cáncer” es 27 (teniendo en cuenta la modificación de la consigna, pedir solo cinco palabras). El Conjunto SAM quedó conformado por las 16 palabras que obtuvieron mayor Valor M, a saber: enfermedad, maligna, muerte, curable, inesperada, insulto, oportunidad, vida, destrucción, lucha, posibilidad, temor, cambio de prioridades, controlable, doloroso y energía. El considerar 16 palabras en el conjunto SAM responde a que se ha demostrado que 15 palabras es más representativo del significado de un concepto (Bravo, 1991; citado en Valdez Medina, 2004). Además, Valdez Medina (2004) consideran que cuando hay 2 o más palabras con el mismo valor M que pudieran quedar en el

conjunto SAM como última palabra que lo compone, se recomienda incluirlas a todas, a los fines de no perder información valiosa para la descripción del significado psicológico.

Al obtener el Valor FMG, es decir la distancia semántica, para cada palabra del Conjunto SAM se categorizaron los resultados (Valdez y Hernández, 1986; citado en Valdez, 1998); los porcentajes considerados fueron: 100% para el núcleo de la red, 75% para el atributo esencial, 58,33% para el atributo secundario, 41,66% para los atributos periféricos y, por último, 37,50% y 33,33% para la zona de significados personales.

### Análisis de los resultados

#### **Palabra estímulo: Cáncer**

En relación al Valor J, se puede decir que si bien este dato se vio limitado por la consigna dada, debemos tener en cuenta que al menos todas pudieron lograr, en algunos casos mediante un gran esfuerzo, cinco palabras definidoras para cada palabra estímulo. Quizás no podemos determinar la riqueza semántica o amplitud de los elementos asociados pero si se puede señalar que fue bastante heterogénea la selección de palabras. Esto puede relacionarse con la variedad de atributos relacionados con el cáncer.

Las palabras con mayor peso semántico fueron: enfermedad, maligna, muerte, curable, inesperado, insulto, oportunidad y vida. Si hiciéramos un intento de agrupar todas estas palabras en conjuntos que las contengan podríamos hablar de elementos con "Connotaciones positivas", "Connotaciones negativas" y "Neutras". En el primer grupo podríamos ubicar a: vida, oportunidad, curable, lucha, posibilidad, cambio de prioridades, controlable y energía. En el segundo: enfermedad, maligna, muerte, insulto, destrucción, temor y doloroso; y en el grupo "neutro" ubicaría la palabra "inesperada" ya que no queda claro la intencionalidad o connotación otorgada a la misma.

El núcleo, los atributos esenciales y los secundarios expresan cualidades negativas, mientras que aquellas palabras que poseerían una connotación más positiva o neutra se encuentran en la periferia del significado psicológico así como en la zona de significados personales del cáncer.

### Discusión de los resultados

La red semántica es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria, a través de un proceso reconstructivo, que va desarrollándose y adquiriendo nuevas relaciones y elementos a medida que aumenta el conocimiento general del sujeto por medio de este proceso activo.

Dentro de esta red se han incluido palabras que están muy asociadas con aspectos del cáncer, a saber, se lo ha definido como un conjunto de enfermedades, caracterizado por alteraciones en el comportamiento celular que puede adquirir propiedades de malignidad (de acuerdo a sus posibilidades de invasión y diseminación). Los desenlaces posibles del cáncer pueden ser la muerte así como la curación, que implicaría el mantenimiento de la vida, de acuerdo a las posibilidades que cada persona considere tener para luchar o no contra ella.

Ya se ha señalado que la valoración que la persona realiza de la situación influye en su percepción de la experiencia de estrés (distrés), en sus posibilidades para controlar y afrontar esta situación, así como las posibilidades de los demás.

Las entrevistadas también hicieron referencia a lo inesperado o a la reacción de shock que provoca el diagnóstico, una solo pudo ponerlo en palabras mediante la elección de

“insulto” explicando que lo consideraba como un insulto por el golpe que le generó el tomar conocimiento de él, “cuando me dijo que tenía cáncer sentí como un golpe, no físico sino de palabra, por eso digo que es insulto”. También se refirieron al temor que se genera en las personas es universal (el tema u objeto del temor va a depender del momento de la enfermedad así como la significación otorgada, las atribuciones causales y de pronóstico que elaboren, etc.).

Otros elementos mencionados que también han sido considerados en el marco teórico como íntimamente relacionados con la experiencia del cáncer son: el dolor y la energía. En relación al primero, hay que tener en cuenta que si bien el dolor es inherente al cáncer por lo que podría esperarse menor distancia semántica de la que posee en esta red, una posible explicación a esto es que la mujer que dio esta palabra tomó contacto con el médico a raíz de dolores en su mama que, luego de ciertos estudios, diagnosticaron como cáncer. La consideración de la segunda, si es más llamativo si se lo considera en general, pero también aquí responde a la particularidad de una mujer, que al momento de realizar la entrevista estaba en el medio de su quimioterapia; su explicación se relacionó con las fluctuaciones de la energía, lo que es un común efecto secundario de este tratamiento.

Relacionando con todo lo anterior, también pudieron poner en palabras cuestiones relacionadas con el afrontamiento y las posibilidades de control: por ejemplo, considerarlo como una oportunidad o posibilidad para modificar o cambiar prioridades y metas, también es importante señalar la percepción de que se puede luchar contra el cáncer, muy relacionado con el “espíritu de lucha”, esto implica que se puede ejercer cierto control sobre algunos aspectos de la enfermedad.

Presentación de resultados totales de la muestra

*Palabra estímulo: SALUD*

**Tabla 3:** Categorías semánticas formadas

DEFINIDORAS	SUMA VMT	CATEGORIA SEMÁNTICA	VMT de la categoría
Ocupación – Trabajo	10 + 9	Ocupación	19
Cuidarla - Cuidado	8 + 9	Cuidado	17

Se formó una categoría semántica denominada “Ocupación” dentro de la que se comprenden las palabras “Ocupación” y “Trabajo” y cuyo valor M es de 19. Además se formó una segunda categoría semántica denominada “Cuidado” dentro de la que se comprenden las palabras “Cuidarla” y “Cuidado”, cuyo valor M es 17. La formación de ambas modificó el valor J de 27 a 25.



**Tabla 4:** Conjunto SAM y valores para análisis

CONJUNTO SAM			
Numeración	Definidora	Valor M	Valor FMG
1	Vida	19	100%
2	<b>Ocupación</b>	19	100%
3	Tranquilidad	17	89,47%
4	Esperanza	17	89,41%
5	<b>Cuidado</b>	17	89,41%
6	Bienestar	16	84,21%
7	Esfuerzo	10	52,63%
8	Feliz	10	52,63%
9	Pérdida	10	52,63%
10	Quererla	9	47,36%
11	Buena alimentación	9	47,36%
12	Alegría	9	47,36%
13	Información	8	42,10%
14	Disfrute	8	42,10%
15	Compartida	7	36,84%
16	Desafío	7	36,84%
17	Lucha permanente	7	36,84%
18	Posibilidad de hacer	7	36,84%

**Valor J= 25**

**Referencias**

Amarillo: núcleo del concepto

Verde: atributos esenciales

Naranja: atributos periféricos

Rosado: zona de significados personales

El **valor J** correspondiente a la palabra estímulo “salud” fue de 25, debido a la formación de dos categorías semánticas: una denominada “*Ocupación*” (teniendo en cuenta la modificación de la consigna, pedir solo cinco palabras), la segunda denominada “*Cuidado*”. El Conjunto SAM quedó conformado por las 18 palabras que obtuvieron mayor Valor M, a saber: vida, *ocupación*, tranquilidad, esperanza, *cuidado*, bienestar, esfuerzo, feliz, pérdida, esperanza, quererla, buena alimentación, alegría, información, disfrute, compartido, desafío, lucha permanente y posibilidad de hacer. Al obtener el Valor FMG, es decir la distancia semántica, para cada palabra del Conjunto SAM los porcentajes obtenidos fueron: 100% para el núcleo de la red que está compuesto por dos definidoras (vida y ocupación), 89,47 y 84,21% para los atributos esenciales (tranquilidad, esperanza, cuidado y bienestar), 52,63%, 47,36% y 42,10% para los atributos periféricos (esfuerzo, feliz, pérdida, quererla, buena alimentación, alegría, información, disfrute) y 36,84% para la zona de significados personales (compartido, desafío, lucha permanente y posibilidad de hacer). Se puede observar que dentro del conjunto SAM de esta palabra no se mencionaron atributos secundarios.

### Análisis de resultados

#### **Palabra estímulo: Salud**

Existen dos palabras en el núcleo del significado psicológico de “Salud”, ambas se encuentran a la misma distancia semántica: estas son “vida” y “ocupación” (la última es una categoría semántica que engloba a la palabra “ocupación” y a “trabajo”). Podemos pensar en que la salud está, para estas personas, tan relacionada con la posibilidad de vivir como con la posibilidad de ejercer una ocupación. Si bien, se podría estimar que la palabra “vida” estuviera cerca del núcleo del significado (debido a que el cáncer es una enfermedad que la amenaza tan seriamente), es interesante la aparición de la palabra “ocupación” en él; quizás se deba a que todas estas mujeres se encontraban (al momento de la aplicación de la técnica) sin trabajo, debido a su estado de salud.

El hecho de asociarse al trabajo, quizás esté señalando la importancia de trabajar una rápida inserción laboral, marca lo fundamental de la terapéutica rehabilitadora de las distintas consecuencias de padecer cáncer y la necesidad del restablecimiento de la salud a niveles cercanos a los que la persona percibía antes de la enfermedad, o inclusive mayores.

Es interesante destacar que estos cuatro atributos mencionados, núcleo y atributos esenciales, solo tienen entre ellos una distancia semántica de 26% (es decir, no están muy alejados unos de otros), pero luego de la última palabra de los atributos esenciales hay un salto del 30% (pasando por alto los atributos secundarios) para encontrarse con las restantes palabras del conjunto SAM, es decir, con los atributos periféricos y la zona de significados personales.

Se pueden presentar los datos en función de dos grandes grupos, palabras que denotan actividad “un hacer para lograrla, mantenerla, para no perderla” y las que denotan estados emocionales “provocados por ella”. Las primeras serían: ocupación, cuidado, esfuerzo, quererla, buena alimentación, información, desafío, lucha permanente, posibilidad de hacer y

compartida; la cual a su vez implica la consideración de la dimensión social de la persona. Las segundas serían: tranquilidad, bienestar, feliz, esperanza, alegría, disfrute.

### Discusión de resultados

La consideración del primer grupo se puede relacionar con el hecho de que, poco a poco (también culturalmente), se ha ido modificando la concepción de salud desde un estado estático que implicaba ausencia de síntomas y bienestar total a concebirlo como el producto de un proceso que se desarrolla continuamente y depende de las circunstancias de cada persona.

También podemos observar que entre las palabras que componen el conjunto SAM se ha podido abarcar los aspectos biológicos (por ejemplo buena alimentación), psicológicos (por ejemplo bienestar) y social (por ejemplo compartida) a los que hace referencia la concepción de salud desde el modelo biopsicosocial. La palabra “ocupación”, entre otras, puede hacer referencia al aspecto comportamental y funcional de la salud, también considerado en la reformulación de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.

Siguiendo con esta línea, al considerar que tanto la salud como la enfermedad son resultado de la interacción entre estos factores, y que en función de las aspiraciones, motivaciones e intereses cada persona va construyendo estos conceptos, podemos pensar que todas las definidoras expresan deseos, motivaciones e ideas. Esto es muy alentador, ya que la gran mayoría de ellas se relacionan con tomar un papel activo para la consecución de metas, emociones positivas y estrategias de afrontamiento activas y destinadas a desarrollar día a día el propio concepto de salud. Además esto nos permite notar como el desarrollo de la salud parece estar asociado a percepciones acerca de la posibilidad de ejercer control y de alcanzar el estado deseado.

## VI.5.2 Inventario de Respuestas de Afrontamiento

### Presentación, análisis y discusión de resultados generales de la muestra

**Tabla 12:** Presentación de datos generales de la muestra

MÉTODO	NATURALEZA	ESTRATEGIAS	SUMATORIA DE PUNTAJES T TOTALES	PROMEDIO	CRITERIOS PARA LA INTERPRETACIÓN
ACERCAMIENTO	COGNITIVO	AL	282	47	Apenas por debajo del promedio
		RP	349	58,17	Apenas por encima del promedio
	CONDUCTUAL	BAG	400	66,67	Considerablemente por encima del promedio
		SP	357	59,50	Apenas por encima del promedio
EVITACIÓN	COGNITIVO	EC	307	51,17	Promedio
		AR	289	48,17	Promedio
	CONDUCTUAL	BGA	378	63	Ampliamente por encima del promedio
		DE	396	66	Considerablemente por encima del promedio

Las estrategias que obtuvieron mayor puntaje, es decir *considerablemente por encima del promedio* fueron: una estrategia de acercamiento conductual “Búsqueda de apoyo y guía” y una de evitación conductual “Descarga emocional”. La estrategia que les siguió fue considerada como *ampliamente por encima del promedio*, “Búsqueda de gratificaciones alternativas” caracterizada por ser un método evitativo de naturaleza conductual. Posteriormente, encontramos ubicada *apenas por encima del promedio* a la estrategia de acercamiento cognitivo denominada “Reformulación positiva” y la “Solución de problemas” de naturaleza conductual y método de acercamiento.

Las estrategias que obtuvieron valores dentro del promedio son de tipo evitativo y de naturaleza cognitiva: “Evitación cognitiva” y “Aceptación-Resignación”. La estrategia restante “Análisis lógico” se ubicó *apenas por debajo del promedio*. Es decir, en lo que respecta al método más utilizado por la muestra se podría decir que ambos fueron más o menos utilizados, parecen no existir importantes diferencias. En cuanto a la naturaleza de las estrategias se puede señalar una pequeña diferencia predominando el afrontamiento conductual por sobre el cognitivo.

### Análisis y discusión de los resultados

Hay que tener en cuenta que las diferencias no son grandes y pueden ser debidas a que las entrevistadas estaban atravesando diferentes momentos en relación a la evolución de su enfermedad, percepción de apoyo, entre otras cosas. Es decir, Moos y Schaefer consideran que tanto la evaluación cognitiva como la elección de las estrategias de afrontamiento reciben

influencias de cuestiones personales y datos demográficos, de elementos relacionados con la enfermedad y los que tengan que ver con el ambiente físico y social.

En función de los datos presentados en el marco teórico podemos afirmar que la frecuencia de presentación de las estrategias en esta muestra es similar a la frecuencia mencionada en otras investigaciones. La información que se expondrá a continuación es de carácter general por lo que se debe tener en cuenta que es necesario conocer el contexto, motivación y finalidad de una estrategia para realmente poder evaluar sus cualidades

Ya se ha comentado que Moos y Schaefer dividen las habilidades de afrontamiento en tres categorías: estrategias dirigidas a la evaluación, al problema y a la emoción; las dos primeras pueden considerarse dentro de la clasificación de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, la restante se puede considerar como estrategias de afrontamiento focalizado en la emoción. En general, las estrategias que mejor puntuaron son las focalizadas en el problema lo que se asocia negativamente con: malestar psicológico, distrés y también con síntomas de depresión y ansiedad; así como las de tipo evitativas se asocian negativamente con mejoras en la calidad de vida.

En cuanto a la eficacia de estas estrategias, se podría decir que las que obtuvieron mayor puntaje son predominantemente activas, lo que nos permitiría suponer que el afrontamiento de esta muestra, en general, es eficaz. La funcionalidad de estas no puede establecerse claramente, ya que se presentan ambos tipos de estrategias entre las que consiguieron mayor puntaje.

*\*Para observar los perfiles dirigirse a los Anexos de este trabajo*

### **VI.5.3 Multidimensional Health Locus of Control**

#### *Presentación, análisis y discusión de resultados generales de la muestra*

**Tabla 13:** Presentación de datos generales de la muestra

GRADO DE ACUERDO	DIMENSIONES			
	INTERNALIDAD	EXTERNALIDAD		
		MEDICOS	OTRAS PERSONAS	AZAR
Total de respuestas	36	18	18	36
Totalmente en Desacuerdo	27%	11,11%	11,11%	44,44%
Muy en Desacuerdo	8,33%	5,55%	5,55%	2,77%
Algo en Desacuerdo	11,11%	5,55%	11,11%	19,44%
Algo de Acuerdo	8,33%	0%	0%	11,11%
Muy de Acuerdo	16,67%	11,11%	16,67%	8,33%
Totalmente de Acuerdo	27%	66,66%	55,55%	13,88%

Como se puede observar en la tabla 13, cada dimensión fue evaluada individualmente. La cantidad de respuestas obtenidas tanto para *Internalidad* como para *Azar* es de 36 (seis respuestas por sujeto y N=6), y tanto para *Médicos* como para *Otras personas* es de 18 (tres respuestas por sujeto). En función de estos datos, se evaluó el grado de acuerdo de la muestra

con el fin de que se pudiera observar la predominancia de alguna dimensión por sobre las otras.

Por lo que se puede observar en la dimensión de **Internalidad** el Desacuerdo alcanza un 46,44%: 27% de las respuestas de la muestra manifestaron estar “*Totalmente en desacuerdo*”, un 8,33% “*Muy en desacuerdo*” y 11,11% afirmaban estar “*Algo en desacuerdo*”. El grado de Acuerdo de la dimensión de Internalidad alcanza un 52%, siendo un 8,33% respuestas que manifestaban “*Algo de acuerdo*”, 16,67% “*Muy de Acuerdo*” y un 27% que representaba “*Totalmente de acuerdo*”.

En la dimensión **Médicos** observamos que la diferencia entre el grado de Acuerdo y Desacuerdo es de 77,77% a favor del Acuerdo y 22,21% a favor del Desacuerdo, por lo que se entiende que del total de respuestas, para esta dimensión, el 77,77% manifiesta un importante grado de acuerdo. Un 11,11% manifestó “*Totalmente en Desacuerdo*”, y 5,55% para “*Muy en desacuerdo*” y también para “*Algo en desacuerdo*”. En cambio, encontramos un 11,11% para “*Muy de acuerdo*” y 66,66% para “*Totalmente de acuerdo*”.

La diferencia entre el grado de acuerdo en la dimensión de **Otras personas** es de 27,77% para el Desacuerdo y 72,22% para el Acuerdo. Los porcentajes obtenidos para el desacuerdo son: 11,11% para “*Totalmente en desacuerdo*” y “*Algo en desacuerdo*”, y 5,55% para “*Muy en desacuerdo*”. A su vez, el Acuerdo obtuvo un 16,67% para “*Muy de acuerdo*” y un 55,55% para “*Totalmente de acuerdo*”.

Para dimensión **Azar** encontramos también una importante diferencia entre el grado de acuerdo y desacuerdo predominando el Desacuerdo con un 66,65% por sobre el 33,32% del Acuerdo. Se puede observar que el 44,44% de las respuestas a esta dimensión se referían a estar “*Totalmente en Desacuerdo*” con las afirmaciones presentadas, un 2,77% “*Muy en desacuerdo*” y un 19,44% “*Algo en desacuerdo*”. La dimensión de acuerdo está constituida por un 11,11% que manifiesta estar “*Algo de acuerdo*”, 8,33% “*Muy de Acuerdo*” y un 13,88% “*Totalmente de acuerdo*”.

#### Análisis y Discusión de Resultados

Un dato muy importante a tener en cuenta, es que las creencias relacionadas con la salud *no son consideradas como rasgos estables, sino que se pueden modificar a lo largo del tiempo, circunstancias y en función de la evolución de la enfermedad.*

La muestra presenta mayor grado de acuerdo en las dimensiones de “Internalidad”, “Médicos” y “Otras personas”, y mayor grado de desacuerdo en la dimensión de “Azar”.

En la dimensión “Internalidad” la diferencia ente el acuerdo y el desacuerdo es levemente superior para el *acuerdo* (52% y 46%, respectivamente). En función de esto podríamos pensar que parecería que, en lo que respecta a las creencias personales de esta dimensión, las respuestas se dividen entre aquellas que consideran que la responsabilidad acerca de la propia salud recae sobre los comportamientos o conductas personales y aquellos que consideran que esa responsabilidad no recae sobre ellos mismos o sus factores internos.

En lo que respecta a la dimensión “Médicos”, encontramos que la diferencia entre acuerdo y desacuerdo favorece al *acuerdo* (72,77% y 22,21%, respectivamente); lo que daría a entender que las creencias de las mujeres de esta muestra también consideran que la salud de cada una está determinada por la actuación de los médicos y otros profesionales de la salud.

Algo similar se presenta en la dimensión "Otras personas", en donde la sumatoria de porcentajes de acuerdo (72,22%) y de desacuerdo (27,79%) muestran mayor grado de *acuerdo*; de esta manera parece demostrar que esta muestra considera como agentes determinantes de su salud a personas distintas de ellos mismos y los profesionales de la salud, estos son personas significativas como familiares, amigos y parejas.

En cuanto a la dimensión "Azar" se puede observar que la diferencia entre el grado de acuerdo y desacuerdo es superior para el *desacuerdo* (33,32% y 66,65%, respectivamente); esto parecería demostrar que las participantes de esta investigación no consideran que el azar, la suerte o la casualidad sean cuestiones que ejercen influencia o determinan su salud.

A grandes rasgos, las creencias personales acerca de la influencia en los procesos de salud y enfermedad de esta muestra, se mueven en torno a considerar la existencia de contingencias entre esos procesos y la propia responsabilidad, comportamiento, etc., también en función del control que pueden ejercer los médicos y la influencia de Otros significativos en sus estados de salud. En el caso de las creencias relacionadas con el "azar", hay un elevado grado de desacuerdo con estas consideraciones; es decir, las mujeres de la muestra consideran, en un alto porcentaje, que su salud/enfermedad no está determinada por cuestiones del azar, destino, suerte o casualidad.

En el marco teórico se ha mencionado que en situaciones de enfermedad, y especialmente el cáncer, hay cuestiones que efectivamente pueden ser controladas y cuestiones que escapan al control. El hecho de que las creencias de esta muestra muestren estar de acuerdo con frases referidas a la posibilidad de ejercer control por parte de ellas mismas (internalidad), sus médicos y otras personas (significativas) refleja el hecho de que ante la complejidad del cáncer existen varios agentes que a través de determinados medios ejercen control. Todo esto se relaciona con la *percepción de control selectiva* en función de los juicios o evaluaciones de control elaboradas. Por otro lado, aunque el que el "azar" haya recibido un importante porcentaje de desacuerdo, también hay que señalar la presencia de respuestas de acuerdo, es decir la mujeres de este estudio también dentro de sus creencias consideraron aspectos que escapan al control propio, el de los médicos y el de los otros; quizás esto pueda resumirse y explicarse en una frase: "*uno puede hacer todo bien, el médico puede dar el mejor diagnóstico y proponer el mejor tratamiento, la familia puede acompañar, apoyar y ayudar en todo lo que sea posible...pero si el cáncer avanza...avanza...*". Esta frase de alguna manera refleja que aún cuando todos hacen lo mejor que se puede hacer, las cosas pueden suceder igual, "*siempre hay cosas que están fuera de nuestro alcance*" (frase de una de las entrevistadas, al completar el MHLC).

La teoría de Wallston parte de que el potencial de una persona para involucrarse en una serie de comportamientos de salud es función multiplicativa entre el grado en que el sujeto cree que sus actos pueden influir en su salud y el grado en que valora la salud (Bárez Villoria, 2002). A partir de esto se podría pensar que, en general, la muestra considera un amplio potencial para influir en su salud ya que tienen en cuenta varios recursos personales, profesionales y afectivos para hacer frente a una situación buscando ejercer cierto control en pos de obtener algunos resultados.

Distintos estudios han planteado que el Locus de control de salud "Interno" y el externo centrado en "Otras personas", en pacientes oncológicos, se asocian a una mejor ajuste emocional, bienestar físico y psicológico y favorecen la adaptación a la enfermedad. También hay datos que relacionan el Locus de control con mejor estado de ánimo y calidad de vida, en mayor medida que en aquellos que puntúan alto en Locus de control de salud externo "Azar". Inclusive, autores como Leftcourt (1976) han considerado que las personas con locus de

control de salud "Interno" podrían ser más hábiles para resistir el impacto de los estresores que los que presentan una tendencia mayor hacia el locus de control de salud externo. A la luz de esta información se podría pensar que es posible que la muestra presente un mejor ajuste emocional, bienestar físico y psicológico, resistencia a los estresores y adaptación a la enfermedad; cuestión que debería ser evaluada para poder afirmar que eso es cierto.

Es posible que las diferencias individuales en las distintas creencias que presentan estas mujeres puedan ser explicadas en función de: el momento de la enfermedad en el que se encuentren, los recursos que consideran poseer, el apoyo percibido, la confianza en los profesionales de la salud y distintas características personales (dentro de las que podríamos considerar las evaluaciones y juicios que elabora, las estrategias de afrontamiento, etc.)

Un ejemplo de lo recién mencionado: de acuerdo a lo planteado por Jenkins y Burish (1995), en el caso de las personas que están realizando quimioterapia, aquellas que perciben control suelen mostrar menor hostilidad y malestar emocional que los no controladores, y aquellos que centran el control en "Otras personas" presentan menos síntomas. Es por esto que plantean que al momento de la realización de la quimioterapia parecería ser que la creencia más beneficiosa sería la externa centrada en "Otros". En la muestra hay tres personas que se encuentran: iniciando, realizando y finalizando ese tratamiento. Todas presentaron alto grado de "desacuerdo" en la dimensión "azar", lo que nos permitiría pensar que perciben control, puntuaron alto grado de "acuerdo" en las dimensiones "Médicos" y "Otras personas"; en la dimensión "Internalidad" puntuaron un importante grado de "Desacuerdo". Esto podría pensarse de la siguiente manera: las tres tienen la creencia de que se puede ejercer control sobre la situación que están atravesando, pero quizás no son ellas el agente que puede ejercerlo, sino que serían los médicos y sus "Otros" (es posible que esto se deba a que en este momento de la enfermedad esta caracterizado por cierta pasividad por parte de la persona "recibe el tratamiento y espera que haga efectos").



## **VI.6 CONCLUSIONES**

Dadas las características de la muestra de este trabajo (intencional no probabilística) las conclusiones no pueden ser generalizadas a todas las personas que padezcan cáncer de mama, sino que solo son válidas para describir al grupo de mujeres que participaron de esta investigación.

La finalidad fundamental de este estudio fue poder describir algunas características psicológicas (estrategias de afrontamiento y locus de control de salud) de los sujetos que conformaron la muestra, así como conocer los elementos que se asocian el significado psicológico de la palabra “cáncer” y “salud”. La intención es aportar información valiosa que ayude al desarrollo de investigaciones futuras que también tengan el objetivo de mejorar la calidad del abordaje integral, y específicamente psicológico, de aquellas personas que padecen cáncer de mama.

El análisis de los datos obtenidos en la técnica de **Redes Semánticas Naturales** se pueden extraer las siguientes conclusiones: en relación al significado psicológico de la palabra “cáncer” se puede observar una amplia variedad de elementos asociados a ella, quedando como núcleo la palabra “enfermedad”, atributo esencial “maligna”, atributo secundario “muerte”, atributos periféricos “curable”, “inesperado”, “insulto”, “oportunidad” y “vida” y dentro de la zona de significados personales “destrucción”, “lucha”, “posibilidad”, “temor”, “cambio de prioridades”, “controlable”, “dolorosa” y “energía”. Además, se los puede agrupar en: palabras con “Connotación positiva”, “Connotación negativa” y “Neutras”. A raíz de esto, observamos que tanto el núcleo como los atributos esenciales y secundarios están compuestos por palabras con connotación negativa, mientras que las palabras que tienen una connotación positiva y neutra se encuentran en los atributos periféricos y la zona de significados personales.

Todas estas palabras están íntimamente relacionadas con distintos aspectos del cáncer, desde su definición teórica, sus propiedades, los posibles desenlaces, objetivos perseguidos por el equipo de atención y el mismo paciente, las reacciones ante el diagnóstico y tratamientos, a los síntomas y efectos secundarios, así como la percepción de posibilidades de afrontamiento y ejercicio del control.

Podemos considerar todo esto, y mucho más, si se piensa cada red en función del contexto biopsicosocial de cada una de estas mujeres que participaron en la investigación, ya que como se ha mencionado anteriormente, el significado psicológico se modifica, desarrolla y va adquiriendo nuevas relaciones y elementos a medida que aumenta el conocimiento y experiencia de la persona.

En cuanto a los datos obtenidos para la palabra “salud”: se puede considerar dentro del núcleo a las palabras “vida” y “ocupación”; como atributos esenciales encontramos a “tranquilidad”, “esperanza”, “cuidado” y “bienestar”, los atributos periféricos comprenden a “esfuerzo”, “feliz”, “pérdida”, “quererla”, “buena alimentación”, “alegría”, “información” y “disfrute”; por último, aquellas palabras que caen dentro de la zona de significados personales son: “compartida”, “desafío”, “lucha permanente” y “posibilidad de hacer”. En este caso, las distintas definidoras se agruparon en dos grupos de palabras: en uno se comprenden aquellas que implican actividad “un hacer para lograrlo, mantenerlo, para no perderlo” y, en el otro, aquellas que implican estados emocionales “relacionados con ella”.

En general, la red semántica de esta palabra ha podido reflejar la modificación cultural del concepto de salud desde una mirada estática y final, entendiéndola en función de polos opuestos, hacia un proceso continuo de desarrollo que depende de las circunstancias. Otra característica es que incluye los distintos aspectos que componen al ser humano: biológico, psicológico, social y comportamental o funcional, considerándolos como elementos integrantes del significado psicológico de la palabra salud.

También se puede señalar que, en tanto se entiende que una red semántica se construye en función de aspiraciones, motivaciones e intereses, la gran mayoría de las definidoras se relacionan con una consideración de la persona con un papel activo en relación a la salud, lo que permite pensar en cómo esto puede influir en las estrategias de afrontamiento y la percepción acerca de las posibilidades de control en las distintas situaciones.

Otro dato que es necesario destacar nuevamente es que, a raíz del análisis y discusión de estas redes, se puede identificar la necesidad de trabajar con estas personas la re-inserción laboral y/o ocupacional como parte fundamental de la etapa rehabilitadora en el tratamiento de esta enfermedad, ya que esto parecería ayudarlas a sentirse más saludables.

Los datos obtenidos acerca de las **Estrategias de Afrontamiento** de la muestra se pueden observar muy pocas diferencias entre la naturaleza de las estrategias más puntuadas, predominando el afrontamiento conductual por sobre el cognitivo. En cuanto al método (acercamiento versus evitación) no parecen existir diferencias a favor de ninguno de los dos. Nuevamente se debe aclarar que, de la misma manera que la técnica anterior, las diferencias no son grandes y probablemente se deban al tamaño pequeño de la muestra, a diferencias en cuanto a los distintos momentos de la enfermedad que está atravesando cada una de las mujeres, la percepción de apoyo, etc. De cualquier manera, los datos obtenidos son similares a los de otras investigaciones (Weissman y Worden, 1976-1977; Bayés, 1991; Manuel, 2007; Carver y colaboradores, 1993. Ver cuadro 11, pg. 111); obteniendo puntajes más altos las estrategias: a). focalizadas en el problema: que permite suponer menores niveles de malestar psicológico, distrés y síntomas de depresión y ansiedad; y b) predominantemente activas, lo que teóricamente, las relaciona con un afrontamiento más eficaz.

Aún así hay que considerar que estas últimas suposiciones deben ser contrastadas con la realidad del caso a caso para evaluar la eficacia, funcionalidad y posible adaptación de estos datos generales en cada mujer y sus circunstancias.

De acuerdo a la información acerca del **Locus de Control de Salud**, la muestra presenta mayor grado de acuerdo con las frases que representan a las dimensiones de "Internalidad", "Médicos" y "Otros personas", y presenta un importante grado de desacuerdo con las que representan a la dimensión "Azar". Esto, de alguna manera, puede reflejar la percepción de control selectiva, relacionado con este tipo de enfermedades y que también ha sido señalada en otros estudios.

También nos puede permitir pensar en la posibilidad de considerar que las creencias acerca del control centradas en la persona misma, en los médicos y en los otros amplían las posibilidades que es sujeto percibe para ejercer control. Y si tenemos en cuenta que la percepción de control ha sido asociada con menores niveles de ansiedad y depresión, podríamos pensar que la muestra presenta características favorables en cuanto al ajuste a la enfermedad.

Además, es necesario, para el estudio de esta variable, el tener en cuenta el contexto de cada persona, contextualizando toda la información obtenida (en función de el momento en la evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento, localización del tumor, presencia de síntomas, percepción de apoyo, relación con los profesionales de la salud, edad, recursos

disponibles y accesibles, etc.) ya que la enriquece y permite comprender y evaluar adecuadamente su funcionalidad, eficacia y adaptabilidad.

Si bien excede a los objetivos de esta investigación el establecer o corroborar relaciones entre las distintas técnicas, se podrían señalar algunos datos que podrían impulsar o incentivar la investigación de las posibles asociaciones entre estas variables:

En la definición de la palabra “cáncer” la presencia de palabras como “curable”, “oportunidad”, “lucha”, “posibilidad”, “cambio de prioridades” y “controlable” pueden pensarse como la percepción de las mujeres de la muestra acerca de la posibilidad de realizar algo, de cosas que se pueden hacer; esto podría relacionarse con percepción de control sobre la salud personal (aun cuando el control no esté centrado en el sujeto sino en otro agente).

Los elementos asociados a la palabra “salud” también podrían pensarse en función de lo anterior, ya que son aun más cercanas al núcleo las palabras que implican un “ponerse en marcha”. Esto, también, podría relacionarse con un proceso de afrontamiento activo, focalizado en el problema en pos del alcance de una meta: la salud personal. Esto también podría dar lugar para pensar que una posible forma de alcanzarla sería el ejercer control sobre aquellos aspectos percibidos como controlables y que pudieran acercar a la persona a ese concepto personal de salud.

Otra asociación posible entre las distintas variables es que, por ejemplo, la muestra puntuó considerablemente por encima del promedio en la estrategia “Búsqueda de apoyo y guía” y también puntuó un elevado porcentaje de acuerdo en el locus de control externo relacionado con “Otras personas”.

También se puede proponer el estudio de posibles asociaciones entre las palabras asociadas al significado psicológico y las estrategias de afrontamiento, por ejemplo, la muestra puntuó considerablemente por encima del promedio la estrategia “Descarga emocional”, lo que se podría asociar a las características de las palabras asociadas a “cáncer” sobre todo a las del núcleo, atributos esenciales y atributos secundarios; y/o con lo que otros autores han señalado como reacciones de pérdidas experimentadas ante el diagnóstico de un cáncer, una de ellas es la pérdida de control sobre el estado de salud lo que puede llevar a experimentar intensas reacciones de malestar emocional.

A partir de estos interrogantes, y muchos más que puedan aparecer en el camino que implica realizar una investigación, quedan líneas abiertas para futuras investigaciones que puedan aportar nuevas ideas, información e interrogantes; siempre teniendo como horizonte mejorar: la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, las intervenciones psicológicas, la promoción de la salud, etc.

# BIBLIOGRAFÍA

### **Bibliografía:**

- Affleck G., Tenney H., Pfeiffer C. & Fifield J (1987) "Appraisals of control and predictability in adaptin to a chronic disease". *Pschycology and aging*, Vol. 2, (1), 3-8.
- Ballester Arnal, R. (1997). *"Introducción a la psicología de la salud. Aspectos conceptuales"*. Valencia: Promolibro.
- Bárez Villoria, M. (2002). *"Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama"*. Tesis doctoral para optar al título de Doctora en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Bellizzi, K. M. & Blank, Thomas O. (2006) "Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors" *Health Psychology*. Vol. 25(1), Jan 2006, 47-56.
- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos F (compiladores). (1995). *"Manual de Psicopatología"*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill
- Berrios Llaver, P. (2004). *"Dolor crónico y psicología: evaluación de estrategias de afrontamiento y locus de control"*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *"Psicología de la salud"*. Madrid: Editorial Thompson Learning Paraninfo.
- Buckman, R. y Whittaker, T. (2001). *"Todo lo que hay que saber sobre el cáncer de mama"*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Bundek, N. I.; Marks, G. & Richardson, J. L. (1993). "Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women". *Health Psychology*, Vol. 12(3), May 1993, 193-199.
- Burger, J (1989) "Negative reactions to increases in perceived personal control". *Journal of Personality and social psychology*, Vol. 56 (2), 246-256.
- Centeno, M. N. (2004). *"Afrontamiento y oncología pediátrica. Fortalezas familiares ante el desafío"*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Cortada de Kohan, N. (1975). *"Estadística Aplicada"*, sexta edición. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Di Paolo, A. V. (2000). *"Tesina de Licenciatura: Calidad de vida y la vivencia personal de sentido en las personas con cáncer"*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Epping-Jordan, J. E.; Compas, B. E.; Osowiecki, D. M.; Oppedisano, G.; Gerhardt, C.; Primo, K. & Krag, D. N. (1999). "Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress". *Health Psychology*, Vol. 18(4), Jul 1999, 315-326.
- Fierro, A. (compilador). (1998). *"Manual de Psicología de la personalidad"*, Vol. 2. Barcelona: Editorial Paidós.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). "The relationship between coping and emotion: implication for theory and research".
- Lazarus, R. (1991). "Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion". *The American Psychologist*. 46 (8): 819-34.

- Folkman, S; Lazarus, R.; Gruen R.J. & Delonguis, A. (1986). "Appraisal, coping, health status and psychological symptoms". *Journal of personality and social psychology*, 50 (3), 571-9. Disponible en [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3701593?ordinalpos=22&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3701593?ordinalpos=22&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
- Fredo, B & Fields J (1987) "The relation between locus of control and coping in two contexts. Age as a moderator variable". *Psychology and Aging*. Vol. 3 (2) 197-203.
- Gal, R. & Lazarus, R.S. (1975) "The role of activity in anticipating and confronting stressful situations". *Journal of human stress*, Vol. 1(4), 4-20. Disponible en [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1235121?ordinalpos=34&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1235121?ordinalpos=34&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
- Gaviria, A. M; Vinaccia, S; Riveros, M. F y Quiceno, J. M. (2007) "Calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento de estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico". *Psicología del Caribe*, Vol. 20, 50-75, ISSN 0123-417X. Disponible en [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0123-417X2007000200004&script=sci\\_arttext&lng=es](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0123-417X2007000200004&script=sci_arttext&lng=es)
- Gilbar, O. (2005). "Breast Cancer: How Do Israeli Women Cope? A Cross-Sectional Sample". *Families, Systems, & Health*. Vol. 23(2), Sum 2005, 161-171.
- Glinder, J. G. & Compas, B. E. (1999). "Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: A prospective study of psychological adjustment". *Health Psychology*. Vol. 18(5), Sep 1999, 475-481.
- Gomez Sancho, M. (1998). *"Cuidados Paliativos: Intención Integral a enfermos terminales"*, Vol. 1. España: ICEPSS.
- Grant, Marshal (1991) "A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff". *Journal of personality and social Psychology*, Vol. 61 (3), 483-491.
- Helgeson, V. S.; Snyder, P. & Seltman, H. (2004). "Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer Over 4 Years: Identifying Distinct Trajectories of Change". *Health Psychology*. Vol. 23(1), Jan 2004, 3-15.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *"Metodología de la investigación"*, 4ª edición. México: Editorial Mc Graw Hill/Interamericana Editores.
- Jim, H. S.; Richardson, S. A.; Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2006). "Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors". *Health Psychology*. Vol. 25(6), Nov 2006, 753-761.
- Larousse. (1995). *"Diccionario Pocket español-inglés/ english-spanish"*, 10ª edición. México: Editorial Larousse.
- Latorre Postigo, J.M. y Beneit Medina, P.J. (compiladores). (1994). *"Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud"*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Lazarus, Richard. (1992) "Coping with stress illness". Disponible en [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1514969?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1514969?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
- Lefcourt H. (1976). "Locus of control and the response to aversive events". *Canadian Psychology*, Vol. 17 (3).

- Lefcourt, H. (1973). "The function of the illusions of control and freedom". *American Psychologist*, 417-425.
- Lefcourt, Herbert (1982). "Locus of control: current trends in theory and research". *Canadian Psychology*, Vol. 26 (1).
- Lefcourt, H. M. (1973). "The function of the illusions of control and freedom". *American Psychologist*. Vol. 28(5), May 1973, 417-425.
- Lefcourt, Miller, Ware y Sherk (1981). "Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods". *Journal of personality and social psychology*, Vol. 41 (2), 357-369.
- Lefcourt, H (1992). "Durability and impact of the Locus of control construct". *Psychological Bulletin*, Vol. 112 (3), 411-414.
- Llul, D.; Zanier, J. y García, F. (2003). "Afrontamiento y Calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer". *Psico UFS*, Vol. 8(2), 175-182. ISSN 1413-8271. Disponible en [http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712003000200009](http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200009)
- Manuel, J.; Burwell, S.; Crawford, S. y otros (2007). "Younger Women's Perceptions of coping with breast cancer". Disponible en <http://www.medscape.com/viewarticle/555624>
- Marks, Richardson, Graham y Levin (1986). "Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer". *Journal of personality and social psychology*, Vol. 51 (2), 443-450.
- Oblitas Guadalupe, L. A. y otros. (2004). *"Psicología de la salud y calidad de vida"*. México: Editorial Thompson.
- Parkes, K. R. (1984). "Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes". *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46(3), Mar 1984, 655-668.
- Rippetoe, P. A. & Rogers, R. W. (1987). "Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat". *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 52(3), Mar 1987, 596-604.
- Rodríguez Fernández, M. I. (2006). *"Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico"*. Tesis doctoral para obtener el título de Psiquiatra, Facultad de Medicina, Departamento de psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Rotter, Julian (1990). "Internal versus External control of reinforcement: a case history of a variable" *APA Award Addresses, American psychologist*, Vol. 45(4), 489-493.
- Sabatelli, Buck & Dreyer (1983). "Locus of control, Interpersonal trust and non-verbal communications". *Journal of personality and social psychology*, Vol. 44 (2), 399-409.
- Schmidt, J. E. & Andrykowski, M. A. (2004). "The Role of Social and Dispositional Variables Associated With Emotional Processing in Adjustment to Breast Cancer: An Internet-Based Study". *Health Psychology*. Vol. 23(3), May 2004, 259-266.
- Sears, S. R.; Stanton, A. L. & Danoff-Burg, S. (2003). "The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer". *Health Psychology*. Vol. 22(5), Sep 2003, 487-497.
- Sierra Bravo, R. (1994). *"Tesis doctorales y trabajos de investigación científica"*, 3ª edición revisado y ampliado. Madrid: Editorial Paraninfo.

- Smith, Strudler Wallston, B., Wallston K., Forsberg & King (1984). "Measuring desire for control of health care processes". *Journal of personality and social psychology*, Vol. 47 (2), 415-426.
- Solomon, Mikulincer & Avitzur (1988). "Coping, Locus of control, social support and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study". *Journal of Personality and social psychology*, Vol. 55 (2), 279-285.
- Stanton, A. L.; Danoff-Burg, S.; Cameron, C. L.; Bishop, M.; Collins, C. A.; Kirk, S. B.; Sworowski, L. A. & Twillman, R. (2000). "Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 68(5), Oct 2000, 875-882.
- Stanton, A. L. & Snider, P. R. (1993). "Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study". *Health Psychology*. Vol. 12(1), Jan 1993, 16-23.
- Sweet, L.; Savoie, J. A. & Lemyre, L. (1999). "Appraisals, coping, and stress in breast cancer screening: A longitudinal investigation of causal structure". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. Vol. 31
- Tacón, A. M.; Caldera, Y. M. & Ronaghan, C. (2004). "Mindfulness-Based Stress Reduction in Women With Breast Cancer". *Families, Systems, & Health*. Vol. 22(2), Sum 2004, 193-203.
- Taylor, K. L.; Lamdan, R. M.; Siegel, J. E.; Shelby, R.; Moran-Klimi, K. & Hrywna, M. (2003). "Psychological adjustment among African American breast cancer patients: One-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention". *Health Psychology*. Vol. 22(3), May 2003, 316-323.
- Taylor, Lichtman & Wood (1983). "Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer". *Journal of personality and social psychology*, Vol. 46 (3), 489-502.
- 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*. Vol. 46(3), Mar 1984, 489-502.
- Thompson, S. C.; Sobolew-Shubin, A.; Galbraith, M. E.; Schwankovsky, L. & Cruzen, D. (1993). "Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances". *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 64(2), Feb 1993, 293-304.
- Trunzo, J. J. & Pinto, B. M. (2003). "Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 71(4), Aug 2003, 805-811.
- Valdez Medina, J. L. (2004). "*Las redes semánticas naturales, uso y aplicaciones en psicología social*". México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vila, C. (2008). "*Estilo atribucional y factores de la personalidad en mujeres con cáncer de mama*". Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Yandolino, V. (2008). "*La prevención del cáncer de cuello de útero desde una perspectiva analítica-existencial*". Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.



# ANEXOS

## **ANEXO 1**

### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

**Título del estudio:** Las Estrategias de afrontamiento y el Locus de Control de Salud en pacientes con cáncer de mama.

**Autora de la investigación:** Lic. Elodia Granados y Ariadna Lauría Blanco

#### **Propósito del estudio**

El tener la enfermedad que usted padece supone vivir una serie de situaciones nuevas que requieren adaptarse a nuevas circunstancias y experiencias. No todo el mundo tiene la misma forma de afrontarlo y por esto consideramos muy importante comprender las reacciones de las personas que se enfrentan a esta enfermedad.

La finalidad de esta investigación sería conocer algunos aspectos de las pacientes que siendo estimulados puede que logren un bienestar psicológico, biológico y social mayor; y para que el trabajo psicológico con ellas sea más provechoso y enriquecedor. Su colaboración y la de otras personas en similares circunstancias es de gran valor.

Cada persona y su experiencia es única y, por lo tanto, valiosa para la comprensión de lo que está viviendo.

#### **Condiciones de participación**

Le haremos una serie de preguntas y tendrá que responder si es preciso a varios cuestionarios. Esto puede suponer simplemente un esfuerzo de tiempo y ningún riesgo para su salud.

Toda la información obtenida será confidencial y anónima y sus datos se unirán al conjunto de los del grupo de los pacientes entrevistados, sin que se pueda identificar quien es la persona que da los datos una vez finalizado el estudio.

Si desea conocer los resultados de las encuestas a las que ha respondido, será informado una vez finalizado el estudio.

La participación en este estudio es libre y voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento si así lo desea.

Gracias por leer esta hoja informativa

**ANEXO 2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del estudio:** Estrategias de afrontamiento y Locus de control de salud en pacientes con cáncer de mama.

**Autora de la investigación:** Ariadna Lauría

Yo (Nombre y apellidos):

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con la investigadora: Ariadna Lauría
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que soy libre de retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
- Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales y anónimos
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha:

Firma del participante

Fecha:

Firma de la investigadora

**ANEXO 3**

**ENTREVISTA FUNDAFEM**

Fecha:

Nombres y Apellidos:

Edad:

Estado Civil:

Hijos:

Nacionalidad:

Dirección:

Teléfonos:

Grupos conviviente (Familiograma):

Estudios cursados:

Trabajo:

.....

1) ¿Cómo se enteró de su enfermedad?

2) ¿Podría comentar qué diagnóstico ha recibido?

3) ¿Cómo le fue comunicada la noticia?

4) ¿Qué pasos debió realizar para llegar al diagnóstico definitivo? ¿Qué tratamiento debe realizar?

5) ¿Cuenta con apoyo en este momento? ¿De qué manera la apoyan?

**ANEXO 4**

**REDES SEMÁNTICAS NATURALES**

1)-Defina con la mayor precisión posible la palabra en el cuadro, como mínimo escriba cinco palabras sueltas que consideren que estén relacionadas con esta.

2)-Luego de definir la palabra, jerarquice todas las palabras. Mientras más relacionada este una palabra con la del cuadro más bajo será el número que le asigne. De esta forma, le asignará el número 1 a la palabra más cercana o relacionada con la palabra estímulo, el 2 a la que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar a todas las palabras que dio como definidoras.

"MANZANA"	
PALABRAS	PUNTUACIÓN
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
g)	
h)	
i)	
j)	

"CÁNCER"	
PALABRAS	PUNTUACIÓN
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
g)	
h)	
i)	
j)	

"SALUD"	
PALABRAS	PUNTUACIÓN
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
g)	
h)	
i)	
j)	

## ANEXO 5

### ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD

(Basada en el **"Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Form-C"** (Wallston, K.; Stein, M. y Smith, C.;1994)

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Estudios:

Ocupación:

Diagnóstico médico:

Fecha:

Este cuestionario presenta distintas actitudes o creencias que la gente tiene acerca de su condición médica (cáncer de mama), con las que Ud. puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Además cada frase puede ser respondida con una escala que va desde Totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (6).

Nos gustaría que para cada frase usted responda su grado de acuerdo o desacuerdo con la misma.

Mientras más de acuerdo esté con la frase más alto será el número que asigne (6) y mientras más en desacuerdo esté con la frase, más bajo será el número que asigne (1)

Esta es una medición de sus creencias personales, y cada persona es diferente en su manera de pensar, por lo que obviamente no hay respuestas correctas ni incorrectas. Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

### ESCALA

**1 = TOTALMENTE DESACUERDO (TD)**

**2= MODERADAMENTE EN DESACUERDO(MD)**

**3= ALGO EN DESACUERDO (AD)**

**4= ALGO DE ACUERDO (AA)**

**5= MODERADAMENTE DE ACUERDO (MA)**

**6= TOTALMENTE DE ACUERDO (TA)**

**Desacuerdo - Acuerdo**

		<b>TD</b>	<b>MD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>MA</b>	<b>TA</b>
<b>1</b>	Si mi cáncer de mama empeora, mi propio comportamiento es el que determina cuan pronto me sentiré mejor nuevamente.	1	2	3	4	5	6
<b>2</b>	No importa lo que yo haga, si el cáncer de mama tiene que aparecer aparecerá.	1	2	3	4	5	6
<b>3</b>	Si veo a mi doctor regularmente, soy menos propenso a tener problemas con mi cáncer de mama.	1	2	3	4	5	6
<b>4</b>	La mayoría de las cosas que afectan mi cáncer de mama me pasan por casualidad o azar.	1	2	3	4	5	6
<b>5</b>	Cada vez que mi cáncer de mama empeore, debería consultar a un profesional médico entrenado.	1	2	3	4	5	6
<b>6</b>	Soy directamente responsable de que mi cáncer de mama mejore o empeore.	1	2	3	4	5	6
<b>7</b>	Otras personas (ej. Familia) tienen mucho que ver en si mi cáncer de mama mejora, se mantiene o empeora .	1	2	3	4	5	6
<b>8</b>	Cualquier cosa que vaya mal con mi cáncer de mama es por mi propia responsabilidad.	1	2	3	4	5	6
<b>9</b>	La suerte juega un papel importante en determinar si mi cáncer de mama mejora.	1	2	3	4	5	6
<b>10</b>	Para que mi cáncer de mama mejore es importante que otras personas me digan si estoy haciendo bien las cosas.	1	2	3	4	5	6
<b>11</b>	Cualquier mejoría que ocurra con mi cáncer de mama es en gran parte una cuestión de buena suerte .	1	2	3	4	5	6
<b>12</b>	La cuestión principal que afecta a mi cáncer de mama es lo que yo mismo hago.	1	2	3	4	5	6
<b>13</b>	Me merezco el reconocimiento cuando mi cáncer de mama mejora y la culpa cuando empeora.	1	2	3	4	5	6
<b>14</b>	Seguir las órdenes del doctor al pie de la letra es la mejor manera de evitar que mi cáncer de mama se torne peor.	1	2	3	4	5	6
<b>15</b>	Si mi cáncer de mama empeora es un asunto del destino .	1	2	3	4	5	6
<b>16</b>	Si tengo suerte, mi cáncer de mama mejorará.	1	2	3	4	5	6
<b>17</b>	Si mi cáncer de mama se torna peor es porque no he estado teniendo el cuidado apropiado de mí mismo.	1	2	3	4	5	6
<b>18</b>	El tipo de ayuda que recibo de los otros determina cuan pronto mi cáncer de mama mejorará.	1	2	3	4	5	6



**ANEXO 6**

**INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**

**ANEXO 7**  
**PERFILES: INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**