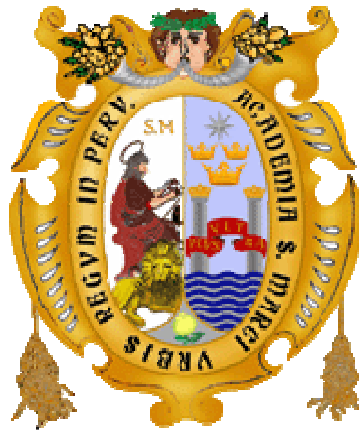


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE POSGRADO



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Tesis presentado por el Bachiller
ADOLFO EDGAR MAMANI CABANA

Para optar el Grado Académico de

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
MENCION: PSICOLOGÍA CLINICA Y DE LA SALUD

LIMA – PERU

2008

DEDICATORIA

A mi ejemplar y grandiosa madre Rosa Natividad, por su humildad y fortaleza digna de imitar.

A mi familia, con mucho cariño por ser fuente de mi voluntad y motivación: Karina, Rodrigo, Elizabeth, Mauricio, Paulo, Josué, Javier, Yesenia, Yusara, Jessica, Juana, Mercedes, David, Reina, Miriam, Santos, Félix, Gabriel, Víctor, Ninfa, Carmen.

A memoria de mi Padre Juan, familiares y amigos, no los defraude.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento infinito a los catedráticos por infundarme conocimientos e incentivar a la hermenéutica y tradición científica, en especial al Vice Decano del Colegio de Psicólogos del Perú, Doctor Jaime Aliaga Tovar, por ser un sobresaliente y excelente catedrático, metodólogo, asesor e incomparable amigo.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento también al comité científico y comité de ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, por permitirme realizar la investigación; asimismo a los pacientes del servicio de Oncología, Ginecología y Mamaria por su apoyo incondicional, a igual manera a la Jefa del servicio de Psicología Berenice De la Torre Sobrevilla y Carmela Vera Ortiz; también al Médico Jefe José Giglío Olivera y su personal de asistencia.

AGRADECIMIENTO

Asimismo, mí gratitud y agradecimiento al ejecutivo Vicente Marín Bermúdez por brindarme su apoyo emocional, moral, material y su amistad incondicional. Lo considero excelente filántropo, e inigualable persona.

También deseo agradecer al Doctor Mario Bulnes Bedón y al Psicólogo Manuel Castro Morán, de la misma forma a los Médicos María Rita Vilela Seijas, y Karen Infantes Fernández, que aún estando muy distantes me alentaron.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	17

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	FUNDAMENTACIÓN.....	19
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	23
1.2.1.	Problemas generales.....	23
1.2.2.	Problemas específicos.....	23
1.3.	DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS.....	25
1.3.1.	Objetivos generales.....	25
1.3.2.	Objetivos específicos.....	25
1.4.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	26
1.5.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	27

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1.	ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	28
2.1.1.	Antecedentes de estudio en el ámbito nacional.....	28
2.1.2.	Antecedentes de estudio en el ámbito internacional.....	30

	Página
2.2. CONCEPTO DE ESTRÉS.....	32
2.2.1. El estrés como un estímulo.....	34
2.2.1.1 Tipos de estresores en pacientes con cáncer.....	34
2.2.2. El estrés como una respuesta.....	35
2.2.3. El estrés interactivo o relacional.....	35
2.2.3.1. La enfermedad como acontecimiento estresante.....	36
2.3. IMPACTO DEL CÁNCER.....	36
2.3.1. El cáncer.....	37
2.3.2. El cáncer de mama.....	37
2.3.2.1. Síntomas.....	37
2.3.3. Tipos de neoplasias.....	38
2.3.3.1. Neoplásica benigna.....	38
2.3.3.2. Neoplásica maligna.....	38
2.3.4. Factores de riesgo.....	38
2.3.4.1. Factores individuales.....	38
2.3.4.1.1. Sexo.....	38
2.3.4.1.2. Edad.....	38
2.3.4.1.3. Genes.....	38
2.3.4.1.3.1. Psicoimmunología.....	39
2.3.4.1.3.2. Personalidad tipo C y su relación con el cáncer.....	39
2.3.4.1.4. Antecedentes familiares.....	40
2.3.4.1.5. Antecedentes personales.....	40
2.3.4.1.6. Raza.....	40
2.3.4.1.7. Períodos menstruales.....	40
2.3.4.2. Factores relacionados con el estilo de vida.....	41
2.3.4.2.1. Uso prolongado de anticonceptivos.....	41
2.3.4.2.2. Terapia hormonal sustitutiva.....	41
2.3.4.2.3. Alcohol.....	41

	Página
2.3.4.2.4. Exceso de peso.....	41
2.3.5. Etiología.....	42
2.3.5.1. Causas externas.....	42
2.3.5.2. Causas internas.....	42
2.3.6. Tipos de cirugía.....	43
2.3.6.1. Cirugía de conservación de mama (Turoctomía).....	43
2.3.6.2. Cirugía radical de mama (Mastectomía).....	44
2.4. PROCESOS.....	44
2.4.1. Procesos automáticos.....	44
2.4.1.1. Valoración inicial.....	44
2.4.2. Procesos controlados.....	45
2.4.2.1. Evaluación cognitiva (Cognitive appraissal).....	45
2.4.2.1.1. La evaluación primaria.....	45
2.4.2.1.2. La evaluación secundaria.....	46
2.4.2.1.3. La reevaluación.....	46
2.5. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO (COPING).....	46
2.5.1. El afrontamiento en el sujeto con cáncer.....	47
2.5.2. El afrontamiento de la enfermedad.....	47
2.5.3. Funciones de afrontamiento.....	48
2.5.3.1. El afrontamiento dirigido a la emoción.....	48
2.5.3.2. El afrontamiento dirigido al problema.....	48
2.5.4. Las formas de afrontamiento al estrés.....	48
2.5.4.1. Confrontación.....	48
2.5.4.2. Distanciamiento.....	49
2.5.4.3. Autocontrol.....	49
2.5.4.4. Búsqueda de apoyo social.....	49
2.5.4.5. Aceptación de la responsabilidad.....	49
2.5.4.6. Huida – evitación.....	49

	Página
2.5.4.7.	Planificación..... 49
2.5.4.8.	Reevaluación positiva..... 49
2.5.5.	El modo en que el sujeto afronta su enfermedad..... 50
2.5.5.1.	Factores derivados de la enfermedad que sufre..... 50
2.5.5.2.	Factores ambientales..... 50
2.5.5.3.	Factores personales..... 50
2.5.6.	Modo en que el sujeto percibe la enfermedad..... 50
2.5.6.1.	La percepción de la enfermedad como un reto..... 50
2.5.6.2.	La percepción de la enfermedad como un enemigo..... 51
2.5.6.3.	La percepción de la enfermedad como un castigo..... 51
2.5.6.4.	La percepción de la enfermedad como debilidad..... 51
2.5.6.5.	La percepción de la enfermedad como una liberación..... 51
2.5.6.6.	La percepción de la enfermedad como una estrategia..... 52
2.5.6.7.	La percepción de la enfermedad como pérdida o daño..... 52
2.5.6.8.	La percepción de la enfermedad como un valor..... 52
2.5.7.	Estilos de afrontamiento..... 52
2.5.7.1.	Los estilos de afrontamiento cognitivos..... 52
2.5.7.1.1.	Minimización..... 52
2.5.7.1.2.	Vigilancia..... 53
2.5.7.2.	Los estilos de afrontamiento conductuales..... 53
2.5.7.2.1.	Aproximación..... 53
2.5.7.2.2.	Capitulación..... 53
2.5.7.2.3.	Evitación..... 53
2.6.	LA FAMILIA Y SU LUGAR ANTE LA ENFERMEDAD..... 54
2.6.1.	La familia..... 54
2.6.2.	Funciones de la familia..... 55
2.6.3.	Teoría de sistemas..... 56
2.6.3.1.	Sistema familiar..... 56

	Página
2.6.4.1. Clasificación de sistemas familiares.....	56
2.6.4.1.1. Sistema familiar cerrado.....	56
2.6.4.1.2. Sistema familiar abierto.....	56
2.6.4.2. Límites ó fronteras.....	57
2.6.4.3. Las reglas y normas en la familia.....	58
2.6.4.4. Subsistemas.....	59
2.6.4.5. El ciclo vital de la familia.....	60
2.7. EL MODELO CIRCUMPLEJO DE DAVID OLSON.....	61
2.7.1. La cohesión familiar.....	61
2.7.2. La adaptabilidad familiar.....	61
2.7.3. La comunicación familiar.....	62
2.8. HIPÓTESIS.....	63
2.8.1. Hipótesis generales.....	63
2.8.2. Hipótesis específicas.....	63
2.9. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	65
2.9.1. Afrontamiento.....	65
2.9.2. Cáncer.....	65
2.9.3. Cáncer de mama.....	65
2.9.4. Cirugía.....	65
2.9.5. Estrés.....	65
2.9.6. Estrategias de afrontamiento.....	65
2.9.7. Familia.....	66
2.9.8. Funcionamiento familiar.....	66
2.9.9. La cohesión.....	66
2.9.10. La adaptabilidad.....	66
2.9.11. La comunicación.....	66
2.9.12. Mastectomía.....	66
2.9.13. Metástasis.....	67

	Página
2.9.14. Modos de afrontamiento.....	67
2.9.15. Tratamiento.....	67
2.9.16. Tipos de afrontamiento.....	67
2.9.17. Turoctomía.....	67

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	68
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	68
3.3. POBLACIÓN.....	70
3.4. MUESTRA.....	70
3.4.1. Criterios internos.....	71
3.4.2. Criterios externos.....	71
3.5. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	72
3.6. VARIABLES DE ESTUDIO.....	77
3.7. PROCEDIMIENTO.....	78
3.8. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	79
3.9. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	79
3.9.1. Ficha personal.....	79
3.9.2. Funcionamiento familiar (Faces III).....	79
3.9.2.1. Tipos de cohesión.....	80
3.9.2.1.1. Dispersa.....	80
3.9.2.1.2. Separada.....	81
3.9.2.1.3. Conectada.....	81
3.9.2.1.4. Aglutinada.....	82

	Página
3.9.2.2. Tipos de adaptabilidad.....	83
3.9.2.2.1. Rígida.....	83
3.9.2.2.2. Estructurada.....	84
3.9.2.2.3. Flexible.....	84
3.9.2.2.4. Caótica.....	84
3.9.2.3. Validez de constructo.....	85
3.9.2.4. Confiabilidad.....	85
3.9.2.5. Administración y procedimiento de puntuación.....	85
3.9.2.6. Interpretación.....	86
3.9.3. Afrontamiento al estrés (Caepo).....	86
3.9.3.1. Escalas positivas.....	86
3.9.3.1.1. Escala de enfrentamiento y lucha activa.....	87
3.9.3.1.2. Escala de autocontrol y de control emocional.....	87
3.9.3.1.3. Escala de búsqueda de apoyo social.....	87
3.9.3.2. Escalas negativas.....	88
3.9.3.2.1. Escala de ansiedad y preocupación ansiosa.....	88
3.9.3.2.2. Escala de pasividad y resignación pasiva.....	89
3.9.3.2.3. Escala de huida y distanciamiento.....	89
3.9.3.2.4. Escala de negación.....	89
3.9.3.3. Validez de constructo.....	90
3.9.3.4. Confiabilidad.....	90
3.9.3.5. Administración y procedimiento.....	91
3.9.3.6. Interpretación.....	91
3.9.3.6.1. Afrontamiento positivo.....	91
3.9.3.6.2. Afrontamiento no definido.....	92
3.9.3.6.3. Afrontamiento negativo.....	92
3.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	93

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

4.1.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	94
4.1.1.	Relación que existen entre las variables de investigación en los tipos de cirugía.....	95
4.1.1.1.	Relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación.....	95
4.1.1.2.	Relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical.....	98
4.1.1.3.	Relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación...	101
4.1.1.4.	Relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical.....	104
4.1.2.	Diferencias que existen entre las variables de estudio y los tipos de cirugía	107
4.1.2.1.	Diferencias que existe en la dimensión de cohesión familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical.....	107

4.1.2.2.	Diferencias que existe en la dimensión de adaptabilidad familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical.....	109
4.1.2.3.	Diferencias que existe en el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical.....	111
4.2.	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	114
4.3.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	115
4.4.	RESUMEN.....	118
4.5.	CONCLUSIONES.....	120
4.6.	SUGERENCIAS.....	123
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
	ANEXOS.....	132

ÍNDICE DE CUADROS

Página

Tabla 1.	
Edad y tipo de intervención quirúrgica.....	72
Tabla 2.	
Estado civil.....	73
Tabla 3.	
Nivel económico.....	73
Tabla 4.	
Grado de instrucción.....	74
Tabla 5.	
Ocupación.....	75
Tabla 6.	
Tipo de impacto.....	75
Tabla 7.	
Preocupaciones comunes.....	76
Tabla 8.	
Distribución de ítems en cohesión familiar.....	80
Tabla 9.	
Distribución de ítems en adaptabilidad familiar.....	83
Tabla 10.	
Distribución de ítems de las escalas positivas de afrontamiento.....	87
Tabla 11.	
Distribución de ítems de las escalas negativas de afrontamiento.....	88
Tabla 12.	
Cohesión familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación.....	88 95

Tabla 13.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia.	97
Tabla 14.	
Cohesión familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical.....	98
Tabla 15.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia.	100
Tabla 16.	
Adaptabilidad familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación.....	101
Tabla 17.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia..	103
Tabla 18.	
Adaptabilidad familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical.....	104
Tabla 19.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia..	106
Tabla 20.	
Distribución de la cohesión familiar en ambos grupos.....	107
Tabla 21.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia	108
Tabla 22.	
Distribución de la adaptabilidad familiar en ambos grupos.....	109
Tabla 23.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia..	110
Tabla 24.	
Distribución del afrontamiento al estrés en ambos grupos.....	111
Tabla 25.	
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia..	113

INTRODUCCIÓN

La Psicooncología constituye una rama de la Medicina conductual que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento y los estados de salud. (Bayes, 1985).

El cáncer en general en nuestro país constituye un problema de salud pública que afecta con más frecuencia a mujeres, y que cuantitativamente es importante y cualitativamente temida. “La incidencia del cáncer en los países desarrollados es casi un 40% superior a la de los países subdesarrollados”. (Stjernsward, 1981, citado en Bayes, 1985, p. 13).

“Se estima que el 15% de las muertes que se producen en el mundo son debidas al cáncer, y que estos índices cada año aumentan”. (Buseta & Bueno, 1996; Benet, 1992; Albornos & Peña, 1990; Cairns, 1979, citados en Bravo, 2001, p. 36).

La presente investigación toma como unidad de análisis a pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical. A las cuales se les evalúo el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés después de las 72 horas de la intervención quirúrgica y antes de las 120 horas.

La muestra fue de tipo no probabilística, el método de muestreo es de sujeto Tipo, captadas en el servicio de Oncología, Ginecología y Mamaria del

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de acuerdo a los criterios internos y externos del estudio; al final lo conformó 130 pacientes y sus edades fluctuaban entre 30 a 83 años.

Asimismo, nos planteamos lo siguiente: “Existen relaciones significativas entre el funcionamiento familiar, y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación o aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical”, o “Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical”. La investigación tiene la pretensión de asociar y comparar las variables con el fin de analizar el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes con cáncer de mama, y de esa forma pronosticar la adaptación o inadaptación de su enfermedad, también pretende diseñar programas integrales de salud, así como el trabajo multidisciplinario para minimizar dicha problemática.

Estructuralmente la investigación esta dividido en cuatro capítulos. En el capítulo **I**, el planteamiento y formulación del problema, la delimitación de objetivos, la justificación e importancia del estudio y sus limitaciones. En el capítulo **II**, el marco teórico, los antecedentes de estudios nacionales e internacionales y la fundamentación teórica de las variables, a la vez, las hipótesis y la definición de conceptos. En el capítulo **III**, el método, el tipo y diseño de investigación, características de la muestra, variables de estudio, procedimiento, descripción de los instrumentos, y el análisis estadístico. En el capítulo **IV**, se presenta los resultados con sus respectivos análisis, la comprobación de las hipótesis, la discusión de resultados, el resumen, las conclusiones, las sugerencias, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN

A pesar de los avances médicos, el cáncer continúa siendo una de las enfermedades actuales más temidas ya que además de asociarse con la muerte se percibe como una enfermedad dolorosa y maligna, que va deteriorando al sujeto, delimitando sus capacidades hasta la muerte lenta y consciente. (Ferrero, 1993; Blasco, 2000, citados en Barez, 2002).

En efecto, el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. “El cáncer es un evento estresante de la vida que afecta a uno de cada tres individuos y a casi tres de cuatro familias en los Estados Unidos”. (Sociedad Americana del Cáncer, 1985, citado en Klenker, 2001, p. 289).

En Latinoamérica, el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el registro de cáncer de Lima Metropolitana, ha duplicado tasas de incidencia y mortalidad. Sin embargo el cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, a nivel global más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrollados en Europa 370.000 (31,3%), y en Norteamérica 230.000 (20%), así lo demuestran los datos de la Asociación Española Contra el Cáncer. (Epsocial, 2008).

Según Essalud Noticias, (2006) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, refiere que el cáncer más frecuente en mujeres es el de mama, que ocupa el segundo lugar en prevalencia después del cáncer de cuello uterino, y uno de cada ocho mujeres desarrollan esta enfermedad. Asimismo, el instituto “*Maes Heller*” del Hospital Neoplásicas, refiere que el registro en Lima metropolitana entre los años 1990 y 1993, el cáncer de mama muestra más mortalidad y mortandad. (Barriga, 2001).

Para Vidal & López, (1999) el diagnóstico de cáncer como la extirpación de la mama son dos situaciones de amenaza a la integridad física que pueden llegar a desestructurar a la mujer si ésta no logra elaborar respuestas de afrontamiento adecuadas o adaptativas que le permitan seguir con el proceso de curación y con su vida.

Según Bayes, (1985) refiere “después del diagnóstico y tratamiento biomédico del cáncer”, suele producirse en el paciente un gran impacto emocional e incluso serios problemas psicológicos, y que la intensidad, duración y consecuencias de los mismos pueden verse considerablemente influidos, en un sentido positivo o negativo, por el tipo de estrategia (cognición - conducta), grado de eficacia o ineficacia, y percepción subjetiva de control que muestran los pacientes al enfrentarse con ellos. (p. 97).

En efecto, “diferentes estudios han establecido que entre un 30% y 50% de las personas que padecen cáncer presentan alguna alteración psicológica”. (Fertig, 1997; Maguire, 2000, citados en Blasco, Barez & Fernández, 2003, p. 233).

Es decir, el tipo de estrategia que utiliza un paciente dependerá lógicamente del significado que subjetivamente tenga para él esta enfermedad (gravedad, incapacidad, marginación, curación etc.) y de la realidad de la enfermedad

(dolor, secuelas físicas y funcionales de las terapias, etc.). Además dependerá de la valoración que el sujeto hace de sus propios recursos frente a la enfermedad así como todos los demás recursos que le ofrecen desde las terapias biomédicas y profesionales de la medicina y del apoyo social y familiar que percibe. (González, 2004).

Estas estrategias se presentan en la interacción con el medio social en el cual se encuentra el paciente, las relaciones sociales que forman parte de su vida se modifican, y en esta experiencia diferentes aspectos como la edad, el estado civil, y el grado de instrucción entre otros factores juegan también un papel importante. (Meyorowitz, 1980; Rowland, 1990; Ferrero, 1990; Meléndez, 1994; Serfert & Rial, 2000, citados en Valderrama, 2003).

Ahora bien, el grupo social con que el paciente está más en contacto es con su familia, los cuales inician un recorrido emocional similar al del paciente, la familia sufre una serie de alteraciones psicológicas y pasa por un periodo de crisis emocional pues debe afrontar no sólo la enfermedad, sino múltiples cambios en el contexto del funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad en el sistema de vida de cada uno de sus miembros.

En 1984 Florenzano refirió, la familia aparece como un refugio que protege de las dificultades y problemas de la vida cotidiana. En este sentido la dinámica de la familia constituye una interfase entre la persona y la enfermedad, jugando un importante rol en el tratamiento y recuperación del paciente oncológico.

Algunos autores explican las dinámicas familiares en virtud de tres factores básicos: la cohesión (o ligazón emocional entre los miembros), la adaptabilidad (o flexibilidad en las reglas, roles y estructuras de la familia), y

la comunicación (facilita el movimiento de las otras dos dimensiones). (Olson, 1979; Olson, Sprenkle & Russell, 1979; Olson, McCubbin, Barenes, Larsen, Muxen & Wuilson, 1989, citados en Barrera, López & Elizalde, 1997, p. 8).

“Afrontar al cáncer, no es entonces un hecho puntual sino que supone un proceso a lo largo del cual se puede estudiar diferentes etapas o fases de duración variable, con determinadas reacciones emocionales tanto en el paciente como en su contexto familiar“. (Rowland, 1989, citado en Barez, 2002, p. 45).

Según Gonzáles, (2004) a las investigaciones actuales sobre estrés y cáncer les interesa conocer las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento familiar que el sujeto tiene al responder a su enfermedad.

Desde esta apreciación, la presente investigación pretende asociar y comparar el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión – adaptabilidad y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, por lo cual nos planteamos las siguientes interrogantes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problemas generales

A

¿Cuál es la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación o aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

B

¿Cuál es la diferencia que existe en el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

1.2.2. Problemas específicos

A

1. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

3. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
4. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

B

5. ¿Cuál es la diferencia en la dimensión de cohesión familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
6. ¿Cuál es la diferencia en la dimensión de adaptabilidad familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
7. ¿Cuál es la diferencia en el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

1.3. DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos generales

A

- Evaluar la relación del funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación o aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

B

- Evaluar la diferencia en el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3.2. Objetivos específicos

A

1. Determinar la relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
2. Determinar la relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
3. Determinar la relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

4. Determinar la relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

B

5. Determinar la diferencia en la dimensión de cohesión familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
6. Determinar la diferencia en la dimensión de adaptabilidad familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
7. Determinar la diferencia en el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Creemos que los aportes de la presente investigación acrecentara el conocimiento científico, en lo que se refiere al nivel teórico el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad (Fases III) permitirá precisar las características resultantes de la presencia de la variable en la población de mujeres mastectomizadas. Asimismo, en lo concerniente al afrontamiento al estrés, respecto al cual se precisa las características

mayormente positivas en esta población. Puede darse que en el nivel teórico, el estudio contribuya con algunos elementos provenientes del análisis empírico a las modalidades de presentación y de relación.

En un nivel práctico, al conocer las variables psicológicas relacionadas en el paciente, como es el tipo de funcionamiento familiar en su dimensiones de cohesión-adaptabilidad y el afrontamiento al estrés Positivo, Preferentemente positivo, No definido, Preferentemente negativo y Negativo; fomentara programas integrales de prevención y promoción de salud, a su vez incentivara, el trabajo multidisciplinario (médico oncólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, asistente social, personal de salud, familia y amigos, etc.), para disminuir la incidencia y mortalidad de dicha enfermedad.

En el nivel metodológico, se introducen en nuestro medio el Cuestionario Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (Caepo), que brinda información relevante para determinar los tipos de afrontamiento (estrategias) al estrés en la adaptación o inadaptación a esta enfermedad. Este instrumento de evaluación podría implantarse como un protocolo en cada centro hospitalario, siempre y cuando se tenga conocimiento adecuado de la personalidad del paciente.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El alcance de la investigación se ve limitado por ser esta correlacional, más dirigido a averiguar la correlación, a través de la diferencia de grupos, de las variables funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en la población analizada y no esta dirigida al establecimiento de relaciones causales entre ellas. Cuestión en la que ha influido los pocos estudios relacionados con el tema que existen en nuestro medio, lo que ha impedido elaborar un marco teórico más amplio.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Los antecedentes de estudio se dividen en dos: los estudios en el ámbito nacional y los estudios en el ámbito internacional o extranjero, que permiten fundamentar el marco teórico.

2.1.1. Antecedentes de estudio en el ámbito nacional

En el ámbito nacional, las investigaciones previas y más cercanas al tema son las siguientes:

Mendoza, (2001) en su estudio *“Niveles de ansiedad depresión y funcionamiento familiar en pacientes con SIDA”*, cuya muestra lo conformaban 74 sujetos, dividido en dos grupos (pacientes en hospitalización y pacientes asistidos ambulatoriamente), sus edades fluctuaban entre 20 a 50 años, concluye, al comparar y correlacionar las variables funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en sus resultados estadísticos no hay significancia. Lo cual indicaría un proceso de adaptabilidad a su padecimiento en ambos grupos y las familias cumplen un rol protagónico, como soporte emocional, moral, social, asistencial y hasta material, siendo un factor determinante al igual que otros factores como son sus amistades,

equipo médico y calidad de vida que en suma pretenden reestructurar la integridad del paciente.

Miissiaggia, (2004) en su estudio *“Calidad de vida y hostilidad / cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación”*, cuya muestra estuvo conformada por 70 pacientes con cáncer de mama. De ellas 35 fueron intervenidas con cirugía radical y 35 con cirugía conservadora, siendo sus edades entre 30 a más años. Encontró que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las pacientes, específicamente en los componentes social y económico. En el componente social las personas con cirugía radical presentan una valoración más negativa en sus soluciones sociales como consecuencia de su estado de salud, en sus resultados promedios casi todas las pacientes mencionaron cambios en su vida social y familiar. En el componente económico igualmente en el grupo de cirugía radical, presenta una valoración más negativa en relación a su salud que el grupo con cirugía conservadora, los pacientes están afectados por gastos económicos que a su vez demandan mayores costos de movilidad, tratamiento, controles, etc.

Valderrama, (2003) en su estudio *“Relación entre la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Mastectomizadas”*, cuya muestra estuvo conformada por 52 mujeres sometidas a mastectomía radical unilateral, concluye que existe asociación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento. A la vez, refiere que las mujeres que mostraron menos conflicto en imagen corporal utilizaron formas funcionales de afrontamiento. De manera inversa, las mujeres que evidenciaron un conflicto más profundo en su imagen corporal emplearon estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales. Asimismo, se encontró que una mayor edad no parece favorecer un mejor afrontamiento de la mastectomía y una mejor

percepción de la imagen corporal posterior a la misma. El estado civil apareció como una fuente de variación entre las estrategias empleadas para afrontar la pérdida de la mama. Del mismo modo, el grado de instrucción planteó diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento, sugiriendo que una mayor instrucción favorece un mejor afrontamiento de la mastectomía.

En 1997, Velásquez en su investigación *“Impacto del cáncer en la calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer de mama EC IIB antes de la mastectomía sin haber recibido la quimioterapia y después de la mastectomía habiendo recibido cuatro cursos de quimioterapia”*, cuya muestra fue 60 pacientes, en las cuales las edades fluctuaban entre 28 a 72 años, concluye, las pacientes que han recibido cuatro cursos de quimioterapia, presentan menor calidad de vida en las áreas de física, rol de actividades, síntomas, aspecto económico y estados emocionales. En este grupo, se observa diferencias estadísticamente significativas en el área emocional, limitando sus actividades diarias, sin embargo, el aspecto cognitivo y social familiar global no altera su calidad de vida y sus diferencias estadísticas no son significativas.

2.1.2. Antecedentes de estudio en el ámbito internacional

En el ámbito internacional, las investigaciones previas y cercanas al tema son las siguientes:

Epping, Jordan, Compas & Hawell, (1994) en un estudio con 66 pacientes que padecían diferentes tipos de cáncer, concluyen que las estrategias de afrontamiento basadas en no enfrentarse al problema, sino en evitarlos activamente, mostraban una relación directa con la progresión de la enfermedad al cabo de un año. (Barez, 2002).

Folkman & Lazarus, (1988) establecieron la relación entre las emociones y afrontamiento, (manejo confrontador, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptar responsabilidades, escape – evasión, solución planificada de problemas, valoración positiva). Analizando las correlaciones de estrategias de afrontamiento y las emociones resultantes, concluyeron, la solución planificada de problemas parece ser la respuesta más efectiva ante situaciones de estrés, dado que se asocia a emociones resultantes mas positivas. La respuesta de confrontación así como distanciamiento, resultaron ser estrategias menos efectivas para los tipos de problemas enfrentados en la adultez entre 30 a 40 años.

Sheller, Taylor & colegas han realizado un gran número de entrevistas que describen como se puede afrontar el cáncer, participaron en esta serie de estudios mujeres con cáncer de mama y los miembros de sus respectivas familias. Las pacientes se encontraban entre los 29 a 78 años de edad, y casi todas habían ya pasado por operaciones. Los pronósticos de sus canceres se encontraban en un rango abierto desde los más inocuos hasta los más agresivos. Las técnicas de afrontamiento empleadas por estas pacientes para adaptarse a su experiencia de padecer cáncer se organizaron en tres grandes categorías: búsqueda de sentido, mantenimiento de la eficacia personal y construcción de la autoestima. (Kleinke, 2001).

Simonto & Simonton, (1981) realizaron un estudio importante, sobre el cáncer y su tratamiento, sobre la hipótesis de que ciertos tipos de cáncer evolucionan porque los sucesos de la vida interactúan con actitudes psicológicas y además interfieren con el sistema inmunitario del cuerpo. (Simonto, Matthews-Simonton, & Creighton, 1978, citados en Gonzáles, 2004).

Spiegel & Col, (1983 - 1989) estudiaron 89 mujeres con cáncer metastásico de mama, 10 años después 83 habían muerto por causas relacionadas con su cáncer de mama. Sin embargo, al estudiar la sobrevivida se observó que al cabo de 48 meses (4 años) las mujeres del grupo control, sin apoyo psicosocial habían muerto todas, mientras que un tercio de las mujeres del grupo experimental, que habían recibido apoyo psicosocial semanal, todavía estaban vivas. (Fundasinein, 1999).

Urquidi & Montiel, (2001) encontraron que las mujeres con cáncer de mama son altamente emocionales (presentan niveles altos de ansiedad y depresión) y pasivas (afrentamiento pasivo), mientras que las mujeres con cáncer cervicouterino son tanto pasivas como activas en su afrontamiento y su actividad emocional se inclina más hacia la ansiedad.

2.2. CONCEPTO DE ESTRÉS

Para Gonzáles, (2004) las primeras versiones medicas del estrés se refiere a una estimulación perturbadora del equilibrio interno u homeostasis ante situaciones extremas de frío, falta de oxígeno, etc. “Puede decirse que la palabra “estrés” se usó por primera vez en un sentido no técnico en el siglo XIV”. (Lumsden, 1981, citado en Lazarus, 2000, p. 45).

Según el Francés Bernard (1774/1878), sugiere que los cambios externos en el ambiente puede perturbar al organismo y que una de las principales características de los seres vivos residía en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno, aunque se modifiquen las condiciones del medio externo”. (Citado en Palmero, Fernández, Martínez & Choliz, 2002, p. 421).

Por su parte, Cannon el famoso fisiólogo de Harvard, (1871/1945) en 1922 había propuesto el término “*homeostasis*” (*del griego homoios, similar, semejante y de stasis, posición, estabilidad*) para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos.

Siguiendo los trabajos de Bernard & Cannon, la teoría moderna más importante del estrés fisiológico fue formulado por Selye, (1956) el cual considera al “*estrés*” como una respuesta ante las demandas nocivas del entorno, lo que supone un proceso activo de “*resistencia*” del organismo frente a los estímulos mediante el cual intenta restaurar el equilibrio. Es decir, conceptualiza al estrés como el conjunto de reacciones o respuestas secuenciales (**fases de alarma, de resistencia y de claudicación**) que un organismo da ante las demandas estimulares o los estímulos estresores. Selye considera que el estrés es una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su (origen) causa, ya que cualquier estímulo (externo o interno) puede promover esta respuesta; respuesta de adaptación biológica automática (SGA), muy semejante a como se entendía en las primeras conceptualizaciones del estrés, en las que se considera un trastorno hemostático que surge siempre ante estímulos amenazadores para el organismo sin que sea necesario la participación del sujeto. (Lazarus, 2000).

En 1986 Lazarus & Folkman refieren, que ese proceso biológico de defensa ofrece una importancia analógica con lo que más tarde ellos llamaran “*afrentamiento*”, y señala que el estrés se ha definido tradicionalmente y casi de forma constante de tres formas diferentes: El estrés como estímulo, respuesta y como una relación.

2.2.1. El estrés como un estímulo

Según Lazarus, (1986) los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con las que tropieza el sujeto. Otros autores entienden al estrés como una respuesta psicofísica que prepara al organismo a responder frente a un estímulo (interno ó externo) de manera positiva (Eustres) y de manera negativa (Distres), en donde interviene una mediación cognitiva del estresor y un tipo de afrontamiento. (Moscoso, 1999, citado en Levano, 2003).

2.2.1.1. Tipos de estresores en pacientes con cáncer

Según Elliot & Eisdorfen, (1982) la persona diagnosticada con cáncer enfrenta:

- a)** Estresores limitados en el tiempo: La cirugía o algunas pruebas diagnósticas como la biopsia.
- b)** Secuencias de estresores: El conjunto de las pruebas diagnósticas.
- c)** Estresores intermitentes: Tratamiento como la quimioterapia o la espera de resultados de las pruebas en el seguimiento.
- d)** Estresores crónicos: La pérdida de una parte anatómica o el miedo a la recaída.

Los tres primeros tipos son estresores que desaparecerán con el tiempo, pero los crónicos seguirán afectando a la persona a lo largo de su vida, aunque se vea libre de enfermedad. Los estresores crónicos se relacionan con lo que se ha denominado “Síndrome de Damocles” (Koocher & Malley, 1981) o el “Apuro Existencial” (Maguire, 1989), que implica el hecho de que la persona pierde la idea de invulnerabilidad personal y debe convivir con el miedo a la recaída durante el resto de su vida. El enfrentarse a un diagnóstico de cáncer rompe esa ilusión de invulnerabilidad para dar paso a

un sentimiento de victimización por el que el mundo ya no se percibe como benevolente, ni el sujeto se ve a si mismo como especial, afectando todo ello a su autoeficacia y ocasionando trastornos de ansiedad y depresión.

Ciertamente, el carácter estresante de la enfermedad depende de muchos factores: **1)** De su duración (aguda/crónica). **2)** De su forma de aparición repentina es lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa. **3)** De su intensidad y gravedad. **4)** De las etapas del proceso de la enfermedad.

2.2.2. El estrés como una respuesta

Han prevalecido fundamentalmente en el ámbito de la Medicina y en el de la Biología y hacen referencias al “estado” de estrés, entendido como las respuestas que los sujetos dan ante esos estímulos, respuestas que determinan la fuerza y el significado de las situaciones estimulares. Hay que decir que los planteamientos como estímulos o como respuestas resultan insuficientes para definir el estrés. Ambas concepciones del estrés se olvidan de las condiciones del individuo, que es quien situado entre los estímulos y las respuestas hace que ambos dependan de las propias características del individuo. (tales como la vulnerabilidad del sujeto ante esos estímulos o la capacidad de poner en funcionamiento respuestas para frente a los mismos).

2.2.3. El estrés interactivo o relacional

Que, sin obviar la importancia de las condiciones ambientales en su aparición, considera que el sujeto no es un elemento pasivo que sufre esas condiciones extremas, sino un agente activo que establece una relación con el entorno dependiente de los estímulos y de las propias características del sujeto. Del mismo modo, la respuesta que de el sujeto y sus consecuencias adaptativas dependerán lógicamente de factores del entorno (condiciones ambientales extremas), pero también de las características del sujeto (grado

de vulnerabilidad, recursos de afrontamiento a esos estímulos) y de la naturaleza de la relación entre ambos.

2.2.3.1. La enfermedad como acontecimiento estresante

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona y que puede llegar hasta la muerte. Por tanto, “la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante, en mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio”. (Citado en Rodríguez, 1995, p. 77).

Sin duda, la enfermedad no solo produce estrés a la persona que la padece, sino también a su familia, la dinámica de las personas intra familiares, se ve afectada por la enfermedad, tratamiento y en su caso por la hospitalización, de uno de los miembros de la familia, y se produce cambios en la representación de los roles habituales. (Bravo, 2001).

A finales del siglo XX se considera por primera vez el posible vínculo entre estrés y cáncer, estudios realizados por Payer, (1870) “arrojaron que son frecuentes los casos en los que el estado de ansiedad, desesperanza y desengaño son rápidamente seguidos por un desarrollo y aumento del cáncer de modo tal que resulta difícil dudar de dicha influencia”. (Bayes, 1985, citado en Nieves, 2004, p. 17).

2.3. IMPACTO DEL CANCER

Aresca, Blum, Birgin, Bucetas, Figini, Gulias, Iconikoff & Rosenfeld, (2004) refieren, los enfermos enfrentando la evidencia concreta de la existencia de una enfermedad neoplásica sufren un impacto emocional, sus sentimientos

de por qué a él y los aspectos de su presunta inmortalidad quedan profundamente afectados. El paciente comienza una búsqueda frenética de diferentes opiniones, pasa de médico en médico en busca de su curación, incluso recurre a tratamientos no convencionales.

2.3.1. El cáncer

De Vita, (1986) menciona a Rosmery & Bouchard - Kurte quienes definen el cáncer como la proliferación de células descontroladas, desorganizadas que se extienden rápidamente a los tejidos. El cáncer es un trastorno de la multiplicación y función de las células, pierden su autocontrol y se reproduce constantemente formando tumores, invadiendo tejidos cercanos y es diseminado después a otras áreas del organismo. El cáncer por lo tanto puede clasificarse por su localización morfológica, comportamiento clínico, funcional y su respuesta a su tratamiento. (Bravo, 2001).

2.3.2. El cáncer de mama

Según Solidoro, (1983) el cáncer de mama es un tumor heterogéneo en su naturaleza y en su comportamiento, por lo que tiene patrones de crecimiento y de diseminación metastásica ampliamente dispares. Se puede detectar también cuando hay un abultamiento axilar, descamación del pezón, retracción, endurecimiento, formación de hoyuelos en la piel o eritema, edema, ulceración, rara vez hay dolor de mama.

2.3.2.1. Síntomas

El National Cancer Institute, (2001) refiere el cáncer en fase precoz no causa dolor, de hecho, cuando el cáncer de mama empieza a desarrollarse, no da síntoma alguno, pero como el cáncer crece, puede ocasionar cambios que la mujer debe de vigilar.

2.3.3. Tipos de neoplasias

2.3.3.1. Neoplásica benigna

Son frecuentemente encapsuladas, no invasivas y bien diferenciadas de crecimiento lento bajo grado de mitosis, no metastizante. Es decir, tiende a crecer lentamente y permanece ubicada en el lugar de origen.

2.3.3.2. Neoplásica maligna

No son encapsuladas, más si invasivas, son poco diferenciadas de crecimiento rápido con alto grado de mitosis, es metastizante. El cáncer crece por invasión de las estructuras circundantes incluyendo los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. (De Vita, 1986, citado en Velásquez, 1997).

2.3.4. Factores de riesgo

2.3.4.1. Factores individuales

2.3.4.1.1. Sexo

El cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque, también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor.

2.3.4.1.2. Edad

Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

2.3.4.1.3. Genes

Existen dos genes identificados, que cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el

cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 - BRCA2 y según algunos estudios parece que entre el 50% y 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años. (Bosch & Coleman, 1992).

2.3.4.1.3.1. La psicoimmunología

Según Fundasinein, (1999) refiere el sistema inmunológico y el ámbito psicológico con respecto al cáncer, las células Nk parecen estar directamente implicadas en la protección contra el cáncer y las enfermedades producidas por infecciones virales. De igual forma otros autores refieren, que “el estrés prolongado influye en el sistema inmunológico y en los proceso de las enfermedades, entre ellas el cáncer”. (Citado en Sapolsky, 1995, p. 206).

2.3.4.1.3.2. Personalidad tipo C y su relación con el cáncer

Muchos investigadores consideran que existe una relación entre el cáncer y ciertos patrones de conducta. En 1980, los investigadores Morris & Greer plantearon la existencia de un patrón de conducta al que llamaron tipo C, para referirse a un estilo de comportamiento que caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. En 1959, Leshan realiza una revisión bibliográfica sobre este tema y concluye que la desesperanza, la pérdida y la depresión son, con frecuencia predictivas de la aparición del cáncer. Según Eysenck, (1994) refiere, los sujetos que presentan un estilo comportamental «Tipo C» como son sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones como la ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión. “La baja emocionalidad se relaciona con el peor

pronóstico". (Temoshok, Séller, Sagebiel, Blois, Sweet, Diclemente & Gold, 1985, citados en Anarte, López, Ramírez & Estévez, 2001, pp. 133 - 141).

2.3.4.1.4. Antecedentes familiares

Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

2.3.4.1.5. Antecedentes personales

Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

2.3.4.1.6. Raza

Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadios más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

2.3.4.1.7. Períodos menstruales

Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecer esta

enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo. Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer.

2.3.4.2. Factores relacionados con el estilo de vida

2.3.4.2.1. Uso prolongado de anticonceptivos

Los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama.

2.3.4.2.2. Terapia hormonal sustitutiva

Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.

2.3.4.2.3. Alcohol

El consumo de alcohol durante años está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama.

2.3.4.2.4. Exceso de peso

El exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad. También se debe conocer, que en la actualidad, entre el 70% y 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tiene un origen genético. En la actualidad existen unos criterios muy precisos que aconsejan la realización de estas pruebas. No basta, por ejemplo, con tener un familiar

con cáncer de mama (madre o hermana) para indicar su realización. (Instituto Nacional del Cáncer, 2004).

2.3.5. Etiología

Se ha demostrado experimentalmente que algunos tratamientos que suelen producir estrés como las intervenciones quirúrgicas y la radioterapia, eran capaces en algunos casos de aumentar la rapidez de crecimiento de los tumores y la diseminación de las metástasis.

2.3.5.1. Causas externas

- Productos químicos como el benceno y el asbesto. (amiato).
- Exposición a agentes contaminantes ambientales. (gases del escape del automóvil).
- Exposición a las radiaciones del sol.
- Exposición a altos niveles de rayos X.
- Exposición a radiaciones electromagnéticas.
- Dieta con gran cantidad de grasa y poca fibra.
- Consumo de tabaco. (tabaquismo).
- Abuso de las bebidas o de determinadas drogas.
- Otros.

2.3.5.2. Causas internas

- Hormonas.
- Historial familiar en el que existe cáncer. (herencia).
- Obesidad.
- Infecciones causadas por virus. (hepatitis B crónica).
- Hipertensión, etc.

Al respecto Castagna & Weisburger, (1982) la aparición de un cáncer no depende de un único factor, más bien parte que la enfermedad neoplásica posee una etiología multifactorial. Algunos autores suelen coincidir en la enorme importancia de “la dieta alimentaría” en la etiología del cáncer. Peto, (1981) por su parte, ha estimado que los factores nutritivos son responsables de la mitad de los canceres femeninos y de un tercio de los masculinos. (Bayes, 1985).

No hay duda de que el riesgo de contraer cáncer aumenta si, aparte de la dieta, los alimentos que ingerimos se encuentran contaminados con insecticidas, hormonas aditivos y conservantes peligrosos, etc., tal como ha señalado Picot, (1982), por ejemplo, no sólo se ha demostrado el carácter carcinógeno de algunos estrógenos que la metabolización de dichos estrógenos al ser consumidos por los animales parece que puede conducir a la formación de sustancias, mas o menos estables, de las que se ignora completamente la acción que puedan tener sobre los consumidores; en contra de lo que a veces se ha afirmado, tampoco es posible asegurar que las hormonas naturales sean por completo inofensivas.

2.3.6. Tipos de cirugía

2.3.6.1. Cirugía de conservación de mama (Turoctomía)

“Se extirpa sólo la masa en el seno y un borde del tejido normal del seno circundante”. (Citado en Sociedad América del Cáncer, 2007, pp. 17 -19).

Si hay células cancerosas en el borde exterior de la biopsia (el margen) generalmente es necesario hacer más cirugía para extirpar cualquier cáncer remanente. Usualmente esta cirugía adicional consiste en repetir la turoctomía, aunque a veces es necesario extirpar totalmente el seno. (mastectomía).

2.3.6.2. Cirugía radical de mama (Mastectomía)

Este procedimiento consiste en la extirpación del seno por completo, incluyendo el pezón. La mastectomía es necesaria, y algunas mujeres optan por este procedimiento.

A este deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social se le relaciona también el estrés psicológico, en lo cual en 1986, Lazarus & Folkman refieren que es una relación particular entre la persona y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos, que pone en peligro su bienestar. (Palmero et. al., 2002).

2.4. PROCESOS

El proceso de estrés se desarrolla en una serie de subgrupos cognitivos y emocionales que van entrando en funcionamiento a medida que se procesa la información proveniente del exterior y del propio organismo. “Este procesamiento se divide en: los procesos automáticos y procesos controlados”. (Citado en Palmero et. al., 2002, p. 432).

2.4.1. Procesos automáticos

Es una evaluación afectiva no consciente para la persona.

2.4.1.1. Valoración inicial

Hace referencia a un patrón R automática que valora inicialmente la situación en términos de si es amenazante o no para el organismo. “Esta evaluación automática es muy rápida, corresponde a lo que Ohman (1986/1993) denomina *reacción afectiva* y es predominantemente afectiva y no consciente”. (Meichenbum & Jaremko, 1987, citados en Palmero et. al., 2002, p. 486).

Según Fernández, (1994) esta evaluación afectiva esta representada por el patrón de respuesta de “*orientación/defensa*” (RO/RD). Así, una RD indicara que se percibe la situación como amenazante para el organismo (y prepara a éste a actuar en consecuencia tratando de escapar o reducir dicha situación), y una RO que percibe la situación como no amenazante para el organismo y le prepara para recoger más y mejor información. La emisión de RD o RO conlleva a respuestas fisiológicas diferentes. (p. 486).

2.4.2. Procesos controlados

“En este sentido proponen que las consecuencias psicológicas de la relación entre el sujeto y su entorno están moduladas por dos procesos fundamentales: la evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento”. (Citado en Lazarus & Folkman, 1994, pp. 43 - 44).

2.4.2.1. Evaluación cognitiva (Cognitive appraisal)

Según Lazarus & Folkman, (1986) refieren la evaluación cognitiva es un proceso valorativo que a través del cual el sujeto determina porque y hasta que punto la relación que este establece entre el sujeto y el ambiente es estresante. Se refiere a la valoración que el sujeto hace sobre el diagnóstico y el grado de control que percibe respecto a la enfermedad.

2.4.2.1.1. La evaluación primaria

Implica un procesamiento de la información controlada, que actúa con posterioridad. Para Lazarus & Folkman, (1986) el organismo valora las demandas de la situación y produce cambios en consecuencia, no en función de cómo es en si la situación, sino de cómo la valora él: aspectos como la historia personal, los aprendizajes y experiencias anteriores, pueden determinar esta valoración y en consecuencia la respuesta del organismo.

2.4.2.1.2. La evaluación secundaria

El organismo valora la situación en relación con sus propias capacidades y recursos estimando hasta que punto dispone de estrategias de afrontamiento para manejarlas. (Lazarus & Folkman, 1986).

2.4.2.1.3. La reevaluación

Hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial en base a nueva información recibida del entorno y en base a la información que se desprende de las propias reacciones de éste. Los procesos de evaluación están influidos tanto por factores personales (motivos, metas, creencias) como por factores ambientales. (Eventos novedosos que impliquen incertidumbre, ambigüedad etc.). De acuerdo con las valoraciones, hechas, el sujeto selecciona las posibles respuestas que va a utilizar ante las demandas percibidas. Los aspectos cognitivos, por tanto son determinantes para que aparezca la conducta de estrés. “Es decir, la forma en que un sujeto procesa la información ambiente, así como los recursos de que dispone para hacer frente a esta situación y que conductas o que estrategias podrá en funcionamiento para responder a ella”. (Citado en Lazarus & Folkman, 1986, p. 62).

2.5. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO (COPING)

Según Lazarus & Folkman, (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente, cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos del individuo.

Para Gonzáles, (2004) “el concepto de afrontamiento” no se refiere a un rasgo o estilo de respuesta personal, sino que se refiere y se centra en el

proceso, en la actividad cambiante que el sujeto pone en funcionamiento en cada situación que ha sido evaluada como estresante. Entiende que el afrontamiento es distinto de la conducta adaptativa automatizada, a pesar de que es frecuente entender que un buen afrontamiento conlleva un éxito adaptativo. (p. 14).

2.5.1. El afrontamiento en el sujeto con cáncer

Moos, (1988) & Schaefer, (1984/1993) proponen un modelo sobre la evaluación y el afrontamiento en situaciones de enfermedad física grave, supone una “crisis vital” para el sujeto; entienden que el proceso de afrontamiento se inicia con una evaluación cognitiva que da significado a la enfermedad y que determina las tareas de adaptación, o lo que es igual, las metas u objetivos que deberá lograr mediante la puesta en marcha de las habilidades de afrontamiento, es decir las estrategias. (González, 2004).

2.5.2. El afrontamiento de la enfermedad

Viene influido por tres grupos de factores: **a) Socio-demográfica y personales** (edad, sexo posición económica, inteligencia, madurez emocional y cognitiva, fuerza del yo, amor propio, creencias religiosas o filosóficas, enfermedades previas y experiencias de afrontamiento. La época de la vida en que se da la enfermedad es particularmente importante. La superación de las crisis será distinta en un niño, un adolescente o un anciano). **b) Relaciones con la enfermedad** (clases y localización de síntomas, duración, momento vital, etc.). **c) Ambientales, físicos** (como el espacio personal disponible, el grado de estimulación sensorial, etc.) o sociales (como la relación con los familiares, características del ambiente de trabajo, apoyo social, normas y expectativas culturales). Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva

situación. “Desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha planteado en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés”. (Moos, 1977, citado en Rodríguez, 1995, p. 83).

2.5.3. Funciones de afrontamiento

2.5.3.1. El afrontamiento dirigido a la emoción

Consiste fundamentalmente en procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y los acontecimientos negativos.

2.5.3.2. El afrontamiento dirigido al problema

Utiliza estrategias semejantes a las utilizadas en la solución de problemas, definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, valoración en términos de costos - beneficios que puso en práctica. Este punto viene señalado por Kahn & sus colaboradores, (1964) estas estrategias pueden dirigirse al entorno (modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los procedimientos, etc.) y puede orientarse hacia el propio sujeto. (cambios en el nivel de aspiraciones, adquirir desastres, búsqueda de otras vías de gratificación, etc.).

2.5.4. Las formas de afrontamiento al estrés

Para Folkman, Lazarus, Dunkel, De Longis & Gruñe, 1986, citados en Gonzáles, (2004). Considera lo siguiente:

2.5.4.1. Confrontación

Actuación y esfuerzo directo y agresivo para modificar la situación.

2.5.4.2. Distanciamiento

Esfuerzo para alejarse del problema, tratar de olvidar, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.

2.5.4.3. Autocontrol

Esfuerzo para autorregular los propios sentimientos y acciones.

2.5.4.4. Búsqueda de apoyo social

Acciones para buscar apoyo y comprensión, busca consejos e información.

2.5.4.5. Aceptación de la responsabilidad

Reconocimiento por el sujeto del problema e intentos para solucionarlo.

2.5.4.6. Huida – evitación

Esfuerzo y conducta dirigida a evadirse de la situación. (dormir, comer, beber etc.).

2.5.4.7. Planificación

Esfuerzo dirigido a cambiar la situación, acercándose de forma analítica a la solución del problema.

2.5.4.8. Reevaluación positiva

Esfuerzo para buscar un significado positivo a la situación, centrándose en el desarrollo personal. Las respuestas de afrontamiento que ponga en práctica un sujeto en su relación con la situación dependiente como hemos indicado, del proceso de evaluación cognitiva pero también de otras variables personales (valores, creencias, habilidades sociales, etc.), y ambientales. (presión y apoyo social disponibles, etc.).

2.5.5. El modo en que el sujeto afronta su enfermedad

2.5.5.1. Factores derivados de la enfermedad que sufre

Considera el tipo de enfermedad, la localización, el grado de reversibilidad y la importancia que para un sujeto concreto supone la pérdida de una función específica.

2.5.5.2. Factores ambientales

Considera muy en especial las relaciones sociales. (físicas y sociales),

2.5.5.3. Factores personales

Considera la edad, las creencias, las habilidades personales, la inteligencia, etc., son factores que ejercen un papel importante en el significado subjetivo de la enfermedad y en el tipo de estrategia de afrontamiento que va a utilizar el sujeto.

2.5.6. Modo en que el sujeto percibe la enfermedad

Según Lipowski, (1970) la percibe en función de los tres tipos de factores señalados (enfermedad, ambiente y aspecto personal) y propone las siguientes estrategias de afrontamiento.

2.5.6.1. La percepción de la enfermedad como un reto

Como una situación que marca unas exigencias que deben resolverse. Esta forma de percepción da lugar a estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, racionales. (buscar ayuda médica, cooperar con el personal sanitario, búsqueda de información, búsqueda de gratificaciones compensatorias).

2.5.6.2. La percepción de la enfermedad como un enemigo

Esta percepción suele ir acompañado de sentimientos de ansiedad y miedo o ira que llevan al sujeto a luchar o sucumbir según como evalúe sus posibilidades para hacerles frente. Las estrategias de afrontamiento por tanto, podrían variar desde la rendición o la hostilidad. Factores ambientales (físicos y sociales), siendo especialmente importantes las relaciones sociales.

2.5.6.3. La percepción de la enfermedad como un castigo

Este puede percibirse como justo o como injusto. Si lo ve como justo o que en cierto modo se merece, muestra poca resistencia y lo acepta en forma pasiva. Si considera que es un castigo injusto, que no se merece, puede desarrollar sentimientos depresivos.

2.5.6.4. La percepción de la enfermedad como debilidad

El sujeto ve su enfermedad como un fallo personal, como signo de pérdida del control personal, se acompañara de sentimientos de culpabilidad. Las estrategias serán de escapé en forma de negación u ocultamiento haciendo ver que esta sano, o bien actuara como un paciente ejemplar empeñando en su recuperación.

2.5.6.5. La percepción de la enfermedad como una liberación

La enfermedad es algo que le libera de sus obligaciones o responsabilidades, lo que puede llevar a pretender prolongar al máximo su incapacidad, utilizando estrategias de fingimiento, conversión y quejas hipocondríacas.

2.5.6.6. La percepción de la enfermedad como una estrategia

Para obtener el apoyo y la atención de los demás. En este caso, las estrategias de afrontamiento son muy similares al supuesto anterior ya que ambas están muy relacionadas.

2.5.6.7. La percepción de la enfermedad como pérdida daño irreparable

Lo que puede conducir muy probablemente a la depresión, a la hostilidad y a la resistencia a colaborar en la curación o en la rehabilitación.

2.5.6.8. La percepción de la enfermedad como un valor

Se percibe la enfermedad como algo que ayuda al desarrollo de la personalidad y al crecimiento personal. Para Lipowski, (1970) es muy poco frecuente en nuestros días. Al respecto González, (2004) "indica que las estrategias" que llevarían a un mejor afrontamiento son aquellas en las que el sujeto percibe la enfermedad como un reto o como un valor y las estrategias que conducirían a un peor afrontamiento son aquellos en las que la enfermedad se percibe como una pérdida irreparable o como una liberación. (p. 18).

2.5.7. Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son mas identificables, están más relacionados con factores personales e individuales y mantienen una cierta consistencia y permanencia a lo largo del tiempo.

2.5.7.1. Los estilos de afrontamiento cognitivos

2.5.7.1.1. Minimización

La tendencia a ignorar, negar o racionalizar el significado personal de la información respecto a la enfermedad y sus consecuencias puede oscilar

desde la negación de los hechos hasta la interpretación sesgada de los mismos con el fin de reducir su carácter amenazante.

2.5.7.1.2. Vigilancia

Tendencia a responder activamente a las señales de peligro percibido y a intentar reducir la incertidumbre y la ambigüedad en todo lo relacionado con la enfermedad. Este estilo puede oscilar desde la vigilancia constante y obsesiva al reconocimiento realista de las amenazas que implica la enfermedad.

2.5.7.2. Los estilos de afrontamiento conductuales

2.5.7.2.1. Aproximación

Disposición a adoptar una actitud activa ante la enfermedad. Puede oscilar desde la tendencia a luchar contra la enfermedad a cualquier precio, hasta la puesta en práctica de las tareas razonables para lograr el mayor bienestar y el mejor pronóstico.

2.5.7.2.2. Capitulación

Tendencia a la pasividad y al rechazo o dependencia de los demás.

2.5.7.2.3. Evitación

Disposición para intentar activamente escapar de las exigencias de la enfermedad, actuando como si estuviera sano a veces se acompaña de la minimización.

2.6. LA FAMILIA Y SU LUGAR ANTE LA ENFERMEDAD

Según Aresca et. al., (2004) refieren, convivir con un paciente con una enfermedad crónica grave o terminal, distorsiona el funcionamiento habitual de una familia. El impacto de la enfermedad, produce en una primera fase un grado de desorganización que rompió la estructura de funcionamiento establecido o equilibrio emocional.

Para Ela & Tomson, (2000) los problemas de la familia no proviene sólo de la conducta de un miembro, sino que están conectados de manera en que interacciona unos a otros, lo que cada persona hace afecta a cada uno de los miembros y prevalece una reacción de cadena. Las fases que atraviesan las familias no son azarosas, sino que estas bien definidas con problemas predecibles, y es más, cuando un miembro familiar esta enfermo.

En este sentido Minuchin, (1986) dice que “cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en el grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo”. (Citado en Chadi, 2005, p. 52).

2.6.1. La familia

La familia deriva del campo biológico y se integra en los niveles cultural, social y económico, constituyéndose en una unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos. A través de los años se han propuesto diversos conceptos de la familia. Por ejemplo. Para Laffose, (1996) “la familia es un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica; interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y

hermana; creando y manteniendo una cultura común". (Citado en Ferreira, 2003, p. 25).

Aresca et. al., (2004) refieren, la familia es una célula matriz y generadora de una sociedad, es una entidad con características propias, es la célula germinal de lo cultural, es quién ejerce la defensa de la vida, asegurando su continuidad, mediante la procreación, velando por la salud física y psíquica, desarrolla valores éticos y morales, presidiendo la inserción social, dando solidez a los bienes sociales, favoreciendo la producción, promoviendo la educación de los hijos.

2.6.2. Funciones de la familia

Sarquis, (1993) refiere, la familia desarrolla y socializa a los hijos, proporcionándoles cuidado, amor, aliento, satisfacción de las necesidades, y un medio intelectual, emocional o interpersonal adecuado para el bienestar psicosocial; además funciona como un sistema que facilite la vida de sus miembros, las parejas en contacto les permite confrontar sus puntos de vista aun cuando sus aspiraciones, aptitudes y potencialidades sean diferentes (sea un lugar de encuentro). También inculca pautas educativas de aprendizaje emocional, hábitos, disciplina y recolección de problemas; asimismo trasmite la cultura, las normas y los valores modificando aquellos que no se ajusta a la realidad. La familia ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. En este sentido, las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno-la protección psicosocial, de sus miembros; el otro es externo - la acomodación a una cultura y la transformación de esa cultura.

Entonces, "la familia se puede considerar como un sistema en transformación constante, que evoluciona en virtud de su capacidad de perder su propia

estabilidad y de recuperar después, reorganizándose sobre bases nuevas”. (Citado en Andolfi, Angelo, Manghi, & Coriagliano, 1995, p. 22).

2.6.3. Teoría de sistemas

En 1970, el biólogo Austro Canadiense Ludwing Von Bertalanffy elabora y propone la Teoría General de Sistemas para dar cuenta de una perspectiva en el estudio de los fenómenos biológicos, opuesta al enfoque reduccionista-mecanicista prevaleciente hasta entonces. Este último explica la conducta en su totalidad. Este concepto refiere que, el sistema familiar viene a ser un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forma una unidad frente al medio externo y que puede modificar o provocar cambios en los demás.

2.6.4. Sistema familiar

El sistema familiar es diferenciado y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Cada individuo de la familia es un subsistema de esa familia. El sistema familiar esta regido a su vez por sus reglas y límites.

2.6.4.1. Clasificación de sistemas familiares

2.6.4.1.1. Sistema familiar cerrado

Es aquel en el que no existe importación o exportación de energía o información con el medio externo.

2.6.4.1.2. Sistema familiar abierto

Se produce un intercambio de materia, energía o información con el medio externo. Desde esta distinción todos los seres vivos, desde una célula, a una familia o a una organización social, son sistemas abiertos. (Sabih, 1992, citado en Musito & Allatt, 1994).

“La familia es un sistema abierto en transformación, constantemente recibe y envía descargas al medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas del desarrollo que enfrenta”. (Citado en Minuchin, 1982, p. 84).

Estos sistemas abiertos nos permiten individualizar dos fuentes de cambio; una interior, que se sitúa en sus miembros y en las exigencias mismas de su ciclo vital, una exterior originadas por las demandas sociales. “Los estímulos internos - externos y las consiguientes demandas de cambio, obligan a renegociar de continuo la definición de las funciones de interacción, por lo tanto, el nexo mismo entre cohesión y crecimiento”. (Citado en Andolfi, 1994, p. 22).

Según Minuchin & Fishman, (1994) adoptan el término de estructura para describir la organización y evolución de la familia. Estos autores señalan que dentro del sistema familiar se distinguen distintos holones en los que existen unas reglas o límites que definen quien participa y como participa en el subsistema.

2.6.4.2. Límites ó fronteras

En 1982, Minuchin refiere al hablar de subsistemas al interior de la familia, que se diferencian entre si, estamos diciendo que existen distintas funciones y roles dentro del sistema. Plantear que se pueden hacer estas distinciones, nos lleva a examinar “el concepto de límites”. Los límites están constituidos por reglas y marcan fronteras, divisiones, permiten hablar de lo que está adentro y lo que está afuera. Definen, por ejemplo, que un individuo, en un momento dado, forma o no forma parte de algún sistema o subsistema y mantienen, por lo tanto, la identidad del sistema. Para que el funcionamiento

familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

2.6.4.3. Las reglas y normas en la familia

Estas reglas familiares obedecen a las normas básicas del esquema que la familia tiene de sí y constituyen las fronteras que definen la separación entre los subsistemas del sistema total, cada holón tiene características distintas y funciones propias. Este mecanismo regulador interno está constituido por un entramado de reglas implícitas y explícitas. Las reglas explícitas corresponden a lo que por lo general llamamos normas, son acuerdos negociados conscientemente, como por ejemplo, los horarios de las comidas. Las reglas implícitas son las que sirven de marco referencial para los actos de cada uno, para la posición comunicativa de unos respecto a los otros y el tipo de relaciones que mantienen. Estas reglas comúnmente no son necesariamente percibidas como tales por los miembros de la familia, quienes sienten más bien que actúan "naturalmente" o que están reaccionando a una determinada situación. Muchas veces se producen conflictos entre las normas sociales y las reglas intrafamiliares, los cuales no siempre se resuelven bien. Así, las familias podrán desarrollar sistemas reguladores rígidos, con dificultad para modificar sus propias reglas ante el cambio externo. Estos sistemas podrían contribuir a que se origine patología en un miembro de la familia. Algunas familias se vuelven hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia, como producto de ello la distancia disminuye y los límites se esfuman, la diferenciación del sistema familiar se hace difuso y carece de recursos para adaptarse y cambiar bajo circunstancias. (familias aglutinadas). Otras

familias desarrollan límites muy rígidos, la comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas. (familias desligadas).

2.6.4.4. Subsistemas

La evaluación de los subsistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de las familias. Los subsistemas poseen diferentes niveles de poder y en los que aprenden habilidades diferenciales los miembros. Dentro de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo: **a) El subsistema conyugal:** Se constituye cuando dos adultos de sexos diferentes, se unen con la intención expresa de constituir una familia. Esta relación tiene sus propias reglas implícitas y explícitas, sus propios códigos de comunicaciones, y también establece límites con otros subsistemas y con su entorno. Además, es un subsistema vital para el desarrollo de los hijos, pues aporta el modelo de relaciones íntimas. **b) El subsistema parental:** Este subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización y la crianza de los hijos. Por lo general están incluidos esposos, en tanto se relacionan como padres, pero también puede formar parte de él otro miembro de la familia, por ejemplo abuelos o un/a hermana/o mayor, aquí el niño aprende de sus padres o figuras sustitutas valores, expectativas, posiciones ante personas de distintas jerarquías, la diferenciación entre el bien y el mal, etc. **c) El subsistema fraterno:** Se refiere a la relación entre hermanos, como en todo sistema, entre los hermanos hay pautas que regulan la cercanía-distancia. "Las relaciones jerárquicas o simétricas (entre iguales) y los límites con otros subsistemas, permiten que las personas (niños) aprendan a apoyarse mutuamente y a resolver conflictos". (Citado en Minuchin, 1982, pp. 92-98).

2.6.4.5. El ciclo vital de la familia

Para Minuchin & Fishman, (1994) el termino “*ciclo*” implica la “rueda” de la vida familiar que gira de manera interminable, conectando las distintas generaciones. Esta evaluación se da a través de etapas: **a) Formación de parejas:** El primer estadio lo constituye la estructura del holón conyugal, la pareja debe crear formas de relación y comunicación satisfactorias, debe definir estilos de vida, rutinas, intereses, etc. **b) Crianza inicial de los hijos:** El segundo estadio sobreviene con el nacimiento del primer hijo, los padres empatizan con sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. **c) Familias con hijos escolares- adolescentes:** Empieza con la entrada del hijo mayor al (jardín) colegio, en esta etapa el niño desarrolla capacidades y va a conocer nuevas experiencias, y otros estilos de funcionamiento familiar. Las familias con hijos adolescentes, pasan por un proceso de desarrollo y crecimiento, en forma lenta y conflictiva, para luego pasar a la etapa de independencia. **d) Periodo de la familia:** Ahora los hijos adultos (jóvenes), han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y cónyuge, sin embargo esta etapa puede ser difícil. (Cibanal, 2004).

La familia no es una entidad estática, esta en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales la familia esta de continuo sometido a las demandas de cambio de dentro y de fuera. Así como el individuo crece, se desarrolla, madura y envejece a través de cambios y ajustes sucesivos, también la familia experimenta su propia secuencia de desarrollo. Por ejemplo, “las enfermedades agudas pueden tener diferentes efectos en la familia en diferentes momentos del ciclo vital”. (Citado en Ela & Tomson, 2000, p. 111).

2.7. EL MODELO CIRCUMPLEJO DE DAVID OLSON

Según Musitu & Allatt, (1994) este modelo fue desarrollado por D. Olson, Sprenkle & Russell, del Departamento de "Family Social Science" de la Universidad de Minesota, en 1979. Se ha construido a partir de conceptos generados en la literatura sobre terapia familiar y marital. No obstante, posteriormente fue validado empíricamente en dos estudios por Russell, (1979) & Sprenkle & Olson, (1978).

En este modelo las familias se evalúan en las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación.

2.7.1. La cohesión familiar

Se define según los autores como el resultado del vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Los indicadores de la cohesión son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Se puede distinguir cuatro niveles de cohesión que permiten diferenciar distintos tipos de familias: entre ellas la dispersa (muy bajas), separada (bajas a moderadas), conectada (moderadas a altas) y aglutinada (muy altas).

2.7.2. La adaptabilidad familiar

Según Olson & colaboradores, (1979 - 1983) se centran básicamente en la habilidad del sistema familiar para cambiar por medio de una modificación de reglas su estructura de poder y su relación de roles, así como la capacidad de afrontamiento ante los estresores evolutivos y situacionales. Los principales indicadores de adaptabilidad que maneja el modelo son: asertividad - definida como la posibilidad de expresar a los demás casi cualquier cosa, sin reactividad, control disciplina, estilo de negación posible

intercambio y modificación de roles y reglas. También aquí distinguimos cuatro niveles de adaptabilidad que va desde la familia: rígida (muy bajas); estructurada (bajas o moderadas); flexible (moderadas a altas) y caótica (muy altas). El modelo también supone que las áreas centrales son las ocupadas mayoritariamente por familias no-etiquetadas – “normales” o equilibradas-, situándose las disfunciones en los extremos. Sin embargo, resulta difícil señalar la situación de las familias a lo largo del ciclo vital, porque no es solo la posibilidad de cambio lo que importa, sino que ese cambio sea el más adecuado para afrontar las crisis normativas y no normativas que sufren todas las familias a lo largo del ciclo vital. En un interesante estudio, Olson (1983) señala cómo el Modelo Circumplejo, permite predecir adecuadamente en las diferentes etapas del ciclo vital a las familias extremas y a las equilibradas, pero tiene más dificultades con las inestables.

2.7.3. La comunicación familiar

El tercer parámetro del Modelo Circumplejo es la comunicación familiar, que se considera una dimensión facilitadora para que las familias se desplacen en las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. Las habilidades de comunicación positiva como la empatía, la escucha activa o los comentarios de apoyo permiten a las familias compartir mutuamente sus necesidades y preferencias. La comunicación negativa como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad de una familia para compartir sus sentimientos. En definitiva, este modelo es dinámico en la medida en que asume que puede operarse distintos cambios a través del tiempo. Las familias pueden desplazar en cualquier dirección que la situación, el estadio del ciclo familiar o la socialización de sus miembros pueden requerir.

2.8. HIPÓTESIS

Hipótesis generales

A

H₁ “Existen relaciones significativas entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación o aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

B

H₂ “Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

Hipótesis específicas

A

H₁ “Existen relaciones significativas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

H₂ “Existen relaciones significativas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

H₃ “Existen relaciones significativas entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

H₄ “Existen relaciones significativas entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

B

H₅ “Existen diferencias significativas en la dimensión cohesión familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

H₆ “Existen diferencias significativas en la dimensión de adaptabilidad familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

H₇ “Existen diferencias significativas en el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

2.9. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

2.9.1. Afrontamiento

Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales.

2.9.2. Cáncer

Es el crecimiento anormal de células de acuerdo al patrón establecido, en las cuales hay una multiplicación incontrolada que si no es detenida causa la muerte.

2.9.3. Cáncer de mama

Es un tumor maligno localizado en la mama, es cuando crece en forma desordenada afectando el tejido sano.

2.9.4. Cirugía

Parte de la medicina que tiene por objeto curar enfermedades por medio de operaciones.

2.9.5. Estrés

Es la alteración física o psíquica de un individuo por exigir a su cuerpo un rendimiento superior al normal. Se apoya en la idea de que el organismo es un sistema encargado de mantener un equilibrio interno u homeostasis mediante mecanismos de Feedback.

2.9.6. Estrategias de afrontamiento

Depende de tres tipos; conducta y actividad cognitiva específicas, respuestas concretas ante situación que pueden ser muy variadas y muy numerosas.

2.9.7. Familia

La familia es la célula de la sociedad, donde se relacionan dos o más personas, que comparten responsabilidades y valores morales.

2.9.8. Funcionamiento familiar

Es la manera de interactuar de los miembros de la familia se produce por las interacciones de la dimensión de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad).

2.9.9. La cohesión

Evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Se define como "el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí". La cohesión se subdivide en familias dispersas, separadas, conectadas y aglutinadas.

2.9.10. La adaptabilidad

Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como: "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo". La adaptabilidad se subdivide en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

2.9.11. La comunicación

Correspondería, consistente verbal y no verbal, expresividad, claridad en la forma y en la sintaxis y pensamientos abstractos y metafórico.

2.9.12. Mastectomía

Consiste en extirpan el tumor de la mama junto a los músculos pectorales subyacentes y los ganglios axilares.

2.9.13. Metástasis

Es la reproducción y extensión de una enfermedad, es un tumor para el organismo.

2.9.14. Modos de afrontamiento

Es el afrontamiento dirigido al problema o el afrontamiento dirigido a la emoción.

2.9.15. Tratamiento

El tratamiento es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

2.9.16. Tipos de afrontamiento

Son cinco formas de acuerdo al modo de afrontamiento: se clasifican en afrontamiento positivo, preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo.

2.9.17. Turoctomía

Consiste en extirpar el tumor intentando conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación en lo funcional es de tipo correlacional, en la medida en que trata de determinar como están relacionadas las variables de estudio. También es “comparativa”, porque realiza diferencia de grupos, no buscan la causalidad, más si busca predecir y explicar los hallazgos de las variables estudiadas. (Hernández, Fernández & Baptista, 2007).

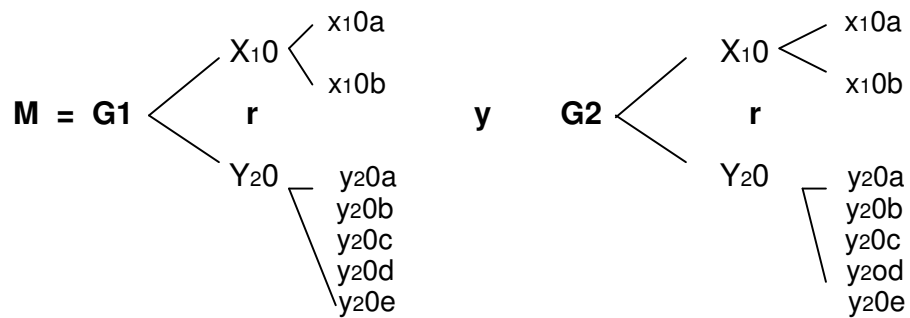
Por tanto, en la investigación las variables funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión - adaptabilidad y el afrontamiento al estrés positivo, preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo, por su naturaleza no son manipulables.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es no experimental, porque no hay causa ni efecto de las variables. Asimismo la investigación es de tipo **transversal** en la medida que se correlaciona y compara las variables de estudio en un momento dado en el tiempo. (Salkind, 1999).

La investigación en un primer momento el diseño es **Correlacional**, porque esta orientado a determinar un grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos.

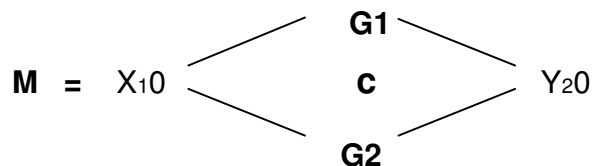
ESQUEMA



Donde **M** representa a la muestra; la **G₁**, (cirugía de conservación) y **G₂**, (cirugía radica) representan los grupos de pacientes con cáncer de mama a estudiar, los subíndices son las variables **X₁** (funcionamiento familiar) y **Y₂** (afrentamiento al estrés) con sus respectivas subdivisiones. La **0** nos indica las observaciones obtenidas en cada una de las variables. La **r** hace mención al valor de la relación por hallar entre las variables estudiadas.

En un segundo momento el diseño es **Comparativo**, por considerar dos o más investigaciones descriptivas simples respecto a un mismo fenómeno.

ESQUEMA



Donde **M** representa a la muestra; en una primera parte la **G₁**, (cirugía de conservación) y **G₂**, (cirugía radical) representan los grupos de pacientes con cáncer de mama a estudiar, los subíndices son las variables **X₁** (funcionamiento familiar) y **Y₂** (afrentamiento al estrés) con sus respectivas subdivisiones. La **0** nos indica las observaciones obtenidas de cada una de las variables para luego comparar los resultados.

El esquema nos indica las comparaciones que se llevan a cabo entre cada una de las muestras, pudiendo estas observaciones ser: iguales (=), o diferentes (≠) o semejantes (~) con respecto a la otra variable. (Sánchez & Reyes, 2006).

3.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 299 pacientes con cáncer de mama, que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical, las cuales fueron seleccionadas en el servicio de Oncología Ginecología y Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

3.4. MUESTRA

El tipo de muestra es no probabilística, el método de muestreo es de sujeto Tipo por tratarse de pacientes mujeres con cáncer de mama. La muestra fue de 130 pacientes, posteriormente se dividió en dos grupos: el primer grupo estuvo conformada por 61 pacientes que han sido intervenidas en cirugía de conservación, y el segundo grupo por 69 pacientes que han sido intervenidas en cirugía radical, sus edades fluctuaban entre 30 a 83 años, todas fueron seleccionadas de acuerdo al diagnóstico y criterios internos – externos de la investigación.

3.4.1. Criterios internos

- Que sean pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación unilateral.
- Que sean pacientes con cáncer de mama con cirugía radical unilateral.
- Que sean pacientes con cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente después de las 72 horas (3 días) como mínimo y evaluadas antes de las 120 horas (5 días) como máximo.
- Que sean pacientes del sexo femenino.
- Que sean pacientes que tenga una edad mínima de 30 años y una edad máxima de 83 años.
- Que sean pacientes con familia. (hijos).
- Que sean pacientes voluntarias para la evaluación de la presente investigación.
- Que sean pacientes con un seguro de salud.

3.4.2. Criterios externos

- Que no sean pacientes con cáncer de mama terminal (desahuciadas).
- Que no sean pacientes menores de 30 años, ni mayores de 83 años.
- Que no sean pacientes con psicopatologías.
- Que no sean pacientes operadas en ambas mamas.
- Que no sean pacientes huérfanas.
- Que no sean pacientes sin seguro de salud.
- Que no sean pacientes analfabetas.

3.5. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla 1.
Edad y tipo de intervención quirúrgica

Intervalo de edad	Condición					
	Cirugía de conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
30 - 39	6	9,8	5	7,2	11	8,5
40 - 49	11	18	22	31,8	33	25,3
50 - 59	15	24,6	21	30,4	36	27,6
60 - 69	21	34,4	13	18,9	34	26,1
70 - 79	7	11,5	5	7,2	12	9,2
80 - 83	1	1,6	3	4,3	4	3
Total	61	100	69	100	130	100

Se observa en la **Tabla 1**, que la edad modal de las pacientes con cirugía de conservación se encuentra en el intervalo de 60 – 69 años; en tanto que en las pacientes con cirugía radical esta la edad modal en el intervalo 40 – 59 años. También se observa que las edades más frecuentes en ambos grupos, están ubicadas entre los intervalos 40 a 69 años. De similar forma, lo corrobora en su estudio Valderrama (2003), donde refiere que el grupo etario con mayor presencia fue el de mujeres mayores a los 45 años, representándola con 78.8% en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Por otro lado, Pérez (1989), refiere que el cáncer de mama es raro por debajo de los 25 años y aumenta su frecuencia de forma continua con la edad, alcanzado la mayor incidencia en edades avanzadas.

Tabla 2.
Estado civil

Condición						
Tipo	Cirugía de conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casadas	35	57,37	43	62,31	78	60
Convivientes	2	3,27	3	4,34	5	3,9
Separadas	15	24,59	12	17,39	27	20,7
Viudas	9	14,75	11	15,94	20	15,3
Total	61	100	69	100	130	100

Se aprecia en la **Tabla 2**, que el estado civil que predomina en ambos grupos de pacientes con cáncer de mama, es el de casada, lo cual avala lo dicho por Bravo (2001), quién en un estudio en una muestra chilena, concluye que el estado civil que presenta mayor índice de mortandad son las casadas. A la vez, esto es también corroborado por Valderrama (2003), la cual refiere que las pacientes con cáncer de mama casadas tienen más incidencia, siguiéndola de cerca las solteras.

Tabla 3.
Nivel económico

Condición						
Nivel	Cirugía de conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	10	16,39	17	24,63	27	20,8
Medio	49	80,32	44	63,76	93	71,6
Bajo	2	3,27	8	11,59	10	7,6
Total	61	100	69	100	130	100

Según la **Tabla 3**, el nivel económico medio fue el más representativo en ambos grupos de pacientes con cáncer de mama. Es pertinente recalcar que

este dato no concuerda con otros autores, por ejemplo Bayes (1985), él cual concluye que las pacientes menos favorecidas desde un punto de vista económico tienden a morir más pronto de lo esperado. La explicación que se brinda a esta diferencia, es que las pacientes con cáncer de mama en esta investigación todas poseen un seguro de salud, las cuáles representan un nivel económico medio a comparación de otros pacientes de otros hospitales sin seguro de salud y con nivel económico bajo.

Tabla 4.
Grado de instrucción

Nivel		Condición					
		Cirugía de conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Superior	Completa	27	44,26	32	46,37	59	45,37
	Incompleta	1	1,64	0	0	1	0,75
Superior Técnico	Completa	11	18,3	8	11,59	19	14,61
Secundaria	Completa	13	21,3	19	14,49	32	24,61
	Incompleta	3	4,91	4	5,79	7	5,37
Primaria	Completa	3	4,19	2	2,89	5	3,84
	Incompleta	3	4,92	4	5,79	7	6,14
Total		61	100	69	100	130	100

Se observa en la **Tabla 4**, que el grado de instrucción de mayor incidencia en ambos grupos es el de instrucción superior completa. Sin embargo, las pacientes con menor incidencia, lo representan las pacientes con instrucción superior incompleta. Al respecto, Valderrama (2003) en su estudio refiere que el grado de instrucción superior presentó un mayor número de casos, mas en sus conclusiones de menor incidencia lo representa la pacientes con instrucción de nivel secundario y primario, en lo cual no concuerda con nuestra estudio.

Tabla 5.
Ocupación

Tipo	Condición					
	Cirugía de Conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profesional	20	32,78	22	31,88	42	32,3
Técnico profesional	11	18,03	13	18,84	24	18,46
Comerciante	0	0	3	4,34	3	2,3
Ama de casa	14	22,95	20	28,98	34	26,15
Jubilada	16	26,23	11	15,94	27	20,76
Total	61	100	69	100	130	100

Al analizar la **Tabla 5**, se observa que la ocupación más frecuente en ambos grupos de pacientes es el de profesionales, siendo mas proclives los educadores, al parecer su incidencia se debe a la actividad realizada, y su asistencia por el tipo de seguro y su época de vacaciones, por lo cual se explica la poca incidencia de comerciantes y amas de casas etc.

Tabla 6.
Tipo de impacto

Tipo	Condición					
	Cirugía de conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Intervención Quirúrgica	15	24,6	10	14,5	25	19,2
Diagnóstico	31	50,8	47	68,1	78	60
Ambos	15	24,6	12	17,4	27	20,8
Total	61	100	69	100	130	100

Al observar la **Tabla 6**, se encuentra que el impacto más frecuente en ambos grupos de pacientes con cáncer de mama es el diagnóstico. Las pacientes

con cáncer, al parecer después del shock emocional y racional del diagnóstico tienen conflictos al aceptar su realidad en sus inicios, “lo cual implica la idea de vulnerabilidad personal y debe convivir con el miedo durante el resto de su vida. (Elliot & Eidorsfen 1982). Se ha demostrado que los recursos que tiene el paciente son importantes para su adaptación. (Lazarus & Folkman, 1986).

Tabla 7.
Preocupaciones comunes

Áreas	Condición					
	Cirugía de conservación		Cirugía radical		Ambos grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aspecto personal	3	5	3	4,3	6	4,6
Salud	22	36	25	36,2	47	36
Familia	21	34,4	30	43,4	51	39
Economía	7	11,5	6	8,7	13	10
Laboral	4	6,6	3	4,3	7	5,4
Social	4	6,6	2	3	6	4,6
Total	61	100	69	100	130	100

Al analizar la **Tabla 7**, observamos que las preocupaciones más comunes en ambos grupos de pacientes con cáncer de mama; es el de la familia, en segundo lugar esta la preocupación de la salud; a la vez, en nuestra investigación la preocupación menos representada es el aspecto personal. Sin embargo, se contradice con el estudio de Valderrama (2003). Asimismo, en este estudio las preocupaciones comunes varían de acuerdo a las características y recurso personales de cada paciente.

3.6. VARIABLES DE ESTUDIO

V1: Cáncer de mama

Dimensiones

- Cirugía de conservación
- Cirugía radical

V2: Funcionamiento familiar

Dimensiones

- Cohesión familiar
- Adaptabilidad familiar

V3: Afrontamiento al estrés de la enfermedad

Dimensiones

- Positivo
- Preferentemente positivo
- No definido
- Preferentemente negativo
- Negativo

V4: Variable de control

- Sexo: Mujeres

3.7. PROCEDIMIENTO

- Primero:** Mediante una evaluación minuciosa del proyecto de investigación por el comité científico, comité de ética y posteriormente la autorización del Gerente General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y del Médico Jefe del servicio de Oncología, Ginecología y Mamaria, se procedió a investigar a las pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación o cirugía radical, las cuales fueron captadas 72 horas después de la intervención quirúrgica y evaluadas antes de las 120 horas para la validez y confiabilidad de sus resultados.
- Segundo:** La captación de la muestra fue durante el año 2006 en forma voluntaria, las pacientes fueron invitadas mediante una carta individualmente, posteriormente se les explico el objetivo de la investigación, y que los resultados serían reservados, confidenciales y anónimas, como consta el consentimiento informado aprobado por el comité de ética del HNERM.
- Tercero:** Posteriormente la información se codifico en la ficha personal, a igual los datos de las variables todo de acuerdo a los criterios internos - externos de la muestra y el procedimiento del estudio.
- Cuarto:** En el proceso de evaluación se les explico y administro primero el cuestionario de funcionamiento familiar (Faces III) y después de 40 minutos de dicha evaluación se procedió a explicar y administrar el cuestionario afrontamiento al estrés (Caepo).
- Quinto:** Al final se procedió a la interpretación cuantitativa y cualitativa de los resultados.

3.8. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos se utilizó como técnica de estudio los cuestionarios: funcionamiento familiar (Faces III), y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (Caepo). El método usado fue la observación controlada para su mayor validez y confiabilidad.

3.9. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

3.9.1. Ficha personal

En la ficha personal, se recolectó los datos socio - demográficos de las pacientes con cáncer de mama como son: edad y tipo de intervención quirúrgica, estado civil, nivel económico, grado de instrucción, ocupación, tipo de impacto, preocupaciones comunes y los datos de las variables de estudio. Esta ficha fue diseñada, analizada, modificada y aprobada para la ejecución de la investigación.

3.9.2. Funcionamiento familiar (Faces III)

El Modelo Circumplejo fue desarrollado por David Olson & sus colegas, (1985) como un intento de integrar la investigación, teórica y práctica desde un enfoque sistémico, fue desarrollado para evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar. (Tueros, 2004).

La prueba consta de 20 ítems, al analizar la distribución interna de los ítems, encontramos que 10 ítems corresponden a la cohesión y 10 ítems a la adaptabilidad.

Tabla 8.
Distribución de ítems en cohesión familiar

Nº	Indicadores	Número de ítems
1	Lazos emocionales	11 y 19
2	Límites familiares	7 y 5
3	Intereses comunes y recreación	13 y 15
4	Coaliciones	1 y 17
5	Tiempo y amigos	9 y 3

3.9.2.1. Tipos de cohesión

Es considerada unificante y tiene dos componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia, por lo cual lo subdivide en cuatro partes. (Olson et. al., 1985).

3.9.2.1.1. Dispersa

- Se caracteriza por la extrema separación emocional.
- Falta de lealtad familiar.
- Se da muy poca interacción entre sus miembros.
- Hay falta de cercanía parento-filial.
- Predomina la separación personal.
- Rara vez están juntos en familia.
- Hay necesidad y preferencia por espacios separados.
- Se toman decisiones independientemente.
- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos personales son vistos a solas.
- Existen intereses desiguales.
- La recreación se lleva a cabo individualmente.

3.9.2.1.2. Separada

- Se caracteriza por la separación emocional.
- La lealtad familiar es ocasional.
- Se acepta la interacción, pero se prefiere la distancia personal.
- Algunas veces se demuestra correspondencia afectiva.
- Los límites parento -filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.
- Se alienta cierta separación personal.
- El tiempo individual es importante, pero se pasa parte de los tiempos juntos.
- Se prefieren los espacios separados, pero comparten el espacio familiar.
- Las decisiones se toman individualmente, pero hay posibilidad de decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos raras veces son compartidos con la familia.
- Los intereses son distintos.
- La recreación se lleva a cabo de manera más separada que compartida.

3.9.2.1.3. Conectada

- Se caracteriza por la cercanía emocional.
- La lealtad familiar es esperada.
- Se enfatiza la interacción, pero se permite la distancia personal.
- Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento filial.

- La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- El tiempo que pasan juntos es importante.
- El espacio privado es respetado.
- Se prefieren las decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Los amigos personales se comparten con la familia.
- Se prefieren los intereses comunes.
- Se prefieren las recreaciones compartida que la individual.

3.9.2.1.4. Aglutinada

- Se caracteriza por la extrema cercanía emocional.
- Se demanda lealtad hacia la familia.
- La interacción es altamente simbiótico.
- Los miembros de la familia dependen mucho unos a otros.
- Se expresa la dependencia afectiva.
- Hay extrema reactividad emocional.
- Se dan coaliciones parento filiales.
- Hay falta de límites generacionales.
- Hay falta de separación personal.
- La mayor parte del tiempo lo pasan juntos.
- Se permite poco tiempo y espacio privado.
- Las decisiones están sujetas al deseo del grupo.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Se prefiere los amigos de la familia a los personales.
- Los intereses conjuntos se dan por mandato.

El Modelo Circumplejo de Olson postula que los niveles de cohesión separadas y conectadas facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos desligados y aglutinados resultan problemáticos para la familia.

3.9.2.2. Tipos de adaptabilidad

Es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder; asimismo cambiar sus reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptabilidad se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos de familias. (Olson et. al., 1985).

Tabla 9.
Distribución de ítems en adaptabilidad familiar

Nº	Indicadores	Número de ítems
1	Liderazgo	6 y 18
2	Control	12 y 2
3	Disciplina	4 y 10
4	Roles y reglas	8, 14, 16 y 20

3.9.2.2.1. Rígida

- Se caracteriza por el liderazgo autoritario, existiendo fuerte control parental.
- La disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa.
- Es autocrática.
- Los padres imponen las decisiones.
- Las funciones (roles) están estrictamente definidos.
- Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambiar.

3.9.2.2.2. Estructurada

- Se caracteriza en principio por el liderazgo autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias.
- Es un tanto democrática.
- Los padres toman las decisiones.
- Las funciones (roles) son estables, pero pueden compartirse.
- Las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las veces que se cambian.

3.9.2.2.3. Flexible

- Se caracteriza por un liderazgo igualitario que permite cambios.
- La disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias.
- Usualmente es democrática y tienen acuerdo en las decisiones.
- Se comparten las funciones (roles).
- Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad.
- Algunas reglas pueden cambiar.

3.9.2.2.4. Caótica

- Se caracteriza por un liderazgo limitado e ineficaz.
- La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias.
- Las decisiones parentales son impulsivas.
- Hay falta de claridad en las funciones (roles) existen alternativas e inversiones en los mismos.
- Hay frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

El Modelo Circumplejo de Olson postula que los niveles de adaptabilidad estructurados y flexibles facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos rígidos y caóticos resultan problemáticos para la familia.

3.9.2.3. Validez de constructo

Una de las mayores metas al desarrollar el Faces III, fue reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad familiar para llevarla tan cerca de cero ($r = 0,03$) como fuera posible en comparación con el Faces II ($r = 0.65$). Así resultaron dos dimensiones claramente independientes, y ocasiono una buena distribución de los valores.

La adaptación realizada en el Perú fue por Reusche (1994), a través del sistema de jueces y de un análisis cualitativo. (Ferreira, 2005)

3.9.2.4. Confiabilidad

Se uso el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones (cohesión y adaptabilidad), se compararon dos muestras y se obtuvieron puntajes que demuestran la consistencia interna de la prueba. En la cohesión ($r = 0,77$) y la adaptabilidad ($r = 0,62$). Después de 4 a 5 semanas se comparo la confiabilidad en el Test - retes: la cohesión ($r = 0,83$) y la adaptabilidad. ($r = 0,80$).

3.9.2.5. Administración y procedimiento de puntuación

El instrumento es fácil de administrar y simple para calificar. Se puede administrar sobre una base individual o grupal con un tiempo promedio de 15 minutos. La corrección es la suma simple del valor atribuido a cada ítem. Los ítems impares evalúan cohesión y los ítems pares la adaptabilidad. El puntaje directo se convierte en niveles de cohesión y adaptabilidad.

3.9.2.6. Interpretación

Según Olson et. al., (1985) consideran que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. (Faces III).

3.9.3. Afrontamiento al estrés (Caepo)

El cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos, (Caepo) fue diseñada por González Martínez María Teresa (2004) desde el enfoque cognitivo conductual. El cuestionario es un instrumento de recogida de información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas - cogniciones) que utiliza un sujeto cuando se encuentra entre una situación de estrés producida por el diagnóstico de su enfermedad así las terapias y otras situaciones sociales y familiares que giran en torno a la enfermedad.

El cuestionario consta de 40 ítems, de las cuales 20 ítems pertenecen a las escalas positivas y las 20 restantes a las escalas negativas.

3.9.3.1. Escalas positivas

De los 40 ítems, 20 constituye las tres primeras escalas (enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional y búsqueda de apoyo social) que exploran la presencia de conductas y pensamientos positivos y activos o tendentes a enfrentarse y a buscar alguna solución para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad. Las puntuaciones altas en estas escalas indican la presencia de un modo de afrontamiento adaptativo que favorece el ajuste del sujeto.

Tabla 10.

Distribución de ítems de las escalas positivas de afrontamiento

Nº	Escalas	Número de elementos
1	Enfrentamiento y lucha activa	1, 2, 13, 16, 17, 21, 24,31 y 39
2	Autocontrol y control emocional	3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40
3	Búsqueda de apoyo social	5, 10,15 y 33

3.9.3.1.1. Escala de enfrentamiento y lucha activa

Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil pero, al mismo tiempo, ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos de los que dispone. Esto conlleva una visión optimista respecto a las posibilidades de lucha y al pronóstico. El sujeto tanto a nivel conductual como cognitivo adopta un papel activo y colabora en todo lo referente a su enfermedad.

3.9.3.1.2. Escala de autocontrol y de control emocional

Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil, de forma muy semejante a la anterior, aunque las conductas y sobre todo los pensamientos se dirigen a hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce la enfermedad y lo que esta conlleva.

3.9.3.1.3. Escala de búsqueda de apoyo social

En una línea de valoración de la situación semejante a las anteriores, las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto considera importante para lograr ese resultado positivo el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a él. También se produce una búsqueda moderada de

información como un apoyo o medio que le ayudara a conocer mejor su enfermedad, sus síntomas, su proceso y así podrá controlar mejor.

3.9.3.2. Escalas negativas

Los otros 20 ítems constituyen las cuatro escalas restantes (ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento, y negación), escalas que exploran la presencia de conductas y pensamientos no adaptativos en el sentido de que el sujeto valora su situación como excesivamente amenazantes o se siente incapaz de hacerle frente, lo que genera un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad. Las conductas y pensamientos que utiliza le llevan a tratar de eludir el problema, a aceptarlo estoicamente sin luchar o a negarlo pasivamente. Las puntuaciones altas en estas escalas indican la presencia de un modo de afrontamiento no adaptativo que interfiere en el ajuste del sujeto.

Tabla 11.

Distribución de ítems de las escalas negativas de afrontamiento

Nº	Escalas	Número de elementos
1	Ansiedad y preocupación	4, 6, 14, 22, 26 y 32
2	Pasividad y resignación pasiva	11, 23, 34, 35 y 37
3	Huida o distanciamiento	8, 9, 18, 29, 30 y 38
4	Negación	20, 27 y 36

3.9.3.2.1. Escala de ansiedad y preocupación ansiosa

Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y muy amenazante, al mismo tiempo que tiene incertidumbre respecto a la evolución y el futuro de su enfermedad. Esto

hace que se manifieste ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlare la situación y respecto al pronóstico y al resultado final.

3.9.3.2.2. Escala de pasividad y resignación pasiva

Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación como grave y amenazante. Considera que tiene muy pocas posibilidades para superarla, tiene una visión pesimista, y en cierto modo fatalista, respecto a su futuro y a la evolución y pronóstico de la enfermedad.

3.9.3.2.3. Escala de huida y distanciamiento

Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto valora la situación de manera inadecuada, intentando escapar o eludir la realidad de su situación. Existe un determinismo respecto a que el destino marca fatalmente lo que le va a ocurrir. Esto le lleva a pensar en su falta de control para manejar los acontecimientos de su enfermedad y a no utilizar conductas o pensamientos que afronten la realidad. Como consecuencia, el desequilibrio emocional no se afronta y se tendera a elevar los niveles de ansiedad.

3.9.3.2.4. Escala de negación

Las puntuaciones altas en esta escala indican que el sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad, lo cual en principio no va a favorecer la lucha y el enfrentamiento a la situación. Respecto a la negación, las opiniones de los diferentes autores no son coincidentes en todos los caso ya que podrá ocurrir que un paciente negara la evidencia de que padece una enfermedad grave pero que adoptara estrategias de afrontamiento activas, de lucha y enfrentamiento a la situación. En este caso, la negación seria una

estrategia que podría funcionar como adaptativa, en el sentido de que va a contribuir a reducir el nivel de ansiedad. Sin embargo, la realidad y la experiencia con estos pacientes indican que los sujetos que niegan la evidencia de su enfermedad no afrontan activamente su situación ni tampoco utilizan estrategias adecuadas para resolver su estado emocional. Por lo tanto, en nuestra investigación, la negación la hemos valorado como una estrategia no adaptativa.

3.9.3.3. Validez del constructo

El concepto de validez de constructo hace referencia a la comprobación empírica de la relación entre los datos de la medición y el constructo teórico que se pretende medir. La comprobación se basa en la hipótesis de que la información obtenida mediante la medición de las variables pueden ser representadas por una o varias dimensiones. Los valores de la saturación factorial se encuentra entre 0,65 y 0,87 por lo que son muy satisfactorias y permiten afirmar la estructura factorial del cuestionario Caepo.

3.9.3.4. Confiabilidad

La fiabilidad del cuestionario se ha calculado mediante el coeficiente de consistencia interna, coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach en las 7 escalas, cada escala tiene una consistencia interna distribuidas de la siguiente manera.

- Escala de enfrentamiento y lucha, consta de 9 ítems con fiabilidad 0,916
- Escala de autocontrol emocional, consta de 7 ítems con fiabilidad 0,900

- Escala de búsqueda de apoyo social, consta de 4 ítems con fiabilidad 0,889
- Escala de ansiedad y preocupación, consta de 6 ítems con fiabilidad 0,912
- Escala de pasividad y resignación pasiva, consta de 5 ítems con fiabilidad 0,883
- Escala de huida o distanciamiento, consta de 6 ítems con fiabilidad 0,905
- Escala de negación, consta de 3 ítems con fiabilidad 0,784

3.9.3.5. Administración y procedimiento

La evaluación dura aproximadamente 25 minutos. La administración y procedimiento de la puntuación de los resultados se van a determinar en función a siete escalas (40 ítems), cada ítems tiene un valor de 0 a 3 puntos. A partir de estos valores se obtiene dos puntuaciones subtotales; una que corresponde a las 3 escalas (ELA, ACE y BAS) positivas y otra a las 4 restantes (APA, PRP, HD y N) negativas a partir de estos valores se obtiene una puntuación global donde se puede determinar el modo de afrontamiento del sujeto (categoría de afrontamiento). Posteriormente se saca las diferencias y se compara el rango y se da a conocer el tipo de afrontamiento.

3.9.3.6. Interpretación

3.9.3.6.1. Afrontamiento positivo

En este modo de afrontamiento, las escalas de afrontamiento positivo aparecen con puntuaciones muy altas, mientras que las de afrontamiento pasivo o negativo al problema o al estado emocional mantienen valores nulos o mínimos. En general, indica modos de afrontamiento adaptativos que

favorecen el ajuste del sujeto en cuanto que tienden a enfrentarse y buscar algunas soluciones para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad. A pesar de que valoran la situación como difícil y grave, tiene una visión optimista respecto a su posibilidades de lucha y al pronóstico trata de manejar sus estados emocionales negativos y se muestra colaboradores y disgustos a recibir el apoyo necesario para afrontar su situación.

3.9.3.6.2. Afrontamiento no definido

En este modo de afrontamiento no hay un predominio de ninguna de las escalas, ya sea positiva o negativa. Este resultado puede suponer una cierta incongruencia en las respuestas del paciente, por lo que la valoración debería tener en cuenta de forma muy especial la contradicción que puede existir por la confluencia de niveles igualmente altos, medios o bajos de los dos tipos de afrontamiento. En todo caso, puede resultar conveniente repetir la aplicación o utilizar otros sistemas de evaluación que permitan contrastar estos resultados. (tests de evaluación psicológicas par variables como la ansiedad o depresión, entrevistas clínicas con el paciente, información del personal medico sanitario, información familiar, etc.).

3.9.3.6.3. Afrontamiento negativo

En este modo de afrontamiento prevalecen las puntuaciones altas en las escalas negativas, mientras, que las de afrontamiento activo al problema o al estado emocional mantienen valores nulos o mínimos. En general, indica que el sujeto valora su situación como excesivamente amenazante, o se siente incapaz de hacerle frente, lo cual genera un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad. Utiliza conductas y pensamientos inadaptables, que impiden o interfieren (en el caso del predominio de

estrategias negativas) en su ajuste, conductas y pensamientos que tratarían de aludir el problema, aceptarlo estoicamente sin luchar o negarlo pasivamente.

En este tipo de sujetos convendría realizar un análisis de tipo cualitativo sobre las respuestas concretas al cuestionario para encontrar pautas positivas presentes sobre las que apoyan la intervención.

3.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la presente investigación se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial no paramétrica.

- 1 Estadística descriptiva:** Se utilizó, frecuencias, tablas y gráficos.
- 2 Estadística inferencial no paramétrica:** Se utilizó la prueba Ji Cuadrada de independencia y el Coeficiente V de Cramer para la correlación de los datos, asimismo, para la comparación de los grupos se utilizó la misma prueba por tratarse de variables categóricas.

Para la contrastación de la hipótesis se empleó el nivel de significancia de $\alpha < 0,05$, en tanto que los datos fueron tratados mediante el paquete estadístico **SPSS versión 16.0**.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos recolectados ha tenido como producto un conjunto de resultados en dirección de los objetivos y las hipótesis de correlación y comparación puesto a prueba, “esta información es estructurada, coherente y lógica”. (Citado en Martínez, 2004, p. 66).

Dichos resultados se presentan en un conjunto de tablas y gráficos, para luego interpretarlos y dar a conocer las conclusiones. (Salgado, 2000).

La variable funcionamiento familiar posee dos dimensiones: la cohesión y adaptabilidad familiar. La cohesión familiar se divide en cuatro categorías; Dispersa, Separada, Conectada y Aglutinada. La adaptabilidad familiar también se divide en cuatro categorías; Rígida, Estructurada, Flexible y Caótica.

El afrontamiento al estrés, se divide en cinco categorías: Positivo, Preferentemente positivo, No definido, Preferentemente negativo y Negativo.

4.1.1. Relación que existe entre las variables de investigación en los tipos de cirugía.

4.1.1.1. Relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación.

Tabla 12.
Cohesión familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación

Categorías	Cohesión familiar				Total
	Dispersa	Separada	Conectada	Aglutinada	
Positivo	7 (33,3%)	4 (17,4%)	4 (33,3%)	2 (40%)	17
Preferentemente positivo	6 (28,6%)	10 (43,5%)	5 (41,6%)	2 (40%)	23
No definido	2 (9,5%)	4 (17,3%)	1 (8,3%)	1 (20%)	8
Preferentemente negativo	5 (23,8%)	4 (17,3%)	2 (16,6%)	0 (0,0%)	11
Negativo	1 (4,7%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2
Total	21 (100%)	23 (100%)	12 (100%)	5 (100%)	61

Al analizar la cohesión familiar en la **Tabla 12**, se observa que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación, se agrupan en la categoría familiar Separada en forma ligera con 23(37,7%); en cuanto al afrontamiento, predomina el Preferentemente positivo en forma moderada con 23(37,9%) pacientes respectivamente.

Al ampliar la observación el afrontamiento Positivo/Preferentemente positivo la representa 40(65,6%) pacientes, indican un pronóstico favorable de adaptación a la enfermedad, de las cuales 14(60,9%) se ubican en la categoría familiar Separada; 13(61,4%) en la categoría familiar Dispersa; 9(74,9%) en la categoría familiar Conectada. Por otro lado, 4(80%) pacientes se ubican en la categoría familiar Aglutinada, siendo esta la menor representada.

Al respecto, el afrontamiento No definido la representa 8(13,1%) pacientes, las cuales indican un pronóstico no definido a la enfermedad, y que estos resultados deben ser contrastados con otras evaluaciones. Asimismo, 4(17,3%) se ubican en la categoría familiar Separada; 2(9,5%) en la categoría familiar Dispersa y con menor representatividad se ubican las categorías familiares Conectada 1(8,3%) y Aglutinada 1(20%) respectivamente.

Sin embargo, el afrontamiento Negativo/Preferentemente negativo lo representa 13(21,3%) pacientes, las cuales indican un pronóstico desfavorable de inadaptación a la enfermedad. A la vez, 6(27,8%) se ubican en la categoría familiar Dispersa; 5(20,3%) en la categoría familiar Separada y con menor representatividad se ubica la categoría familiar Conectada con 2(16,6%) pacientes respectivamente.

Tabla 13.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de
Independencia

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor	Coficiente V de Cramer
5,25	12	0,05	0,949	0,169

En la **Tabla 13**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia son estadísticamente no significativas ($P = 0,949 > \alpha = 0,05$). Por tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir que no existen asociaciones estadísticas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación, observándose una baja intensidad de asociación entre sus variables. (Coficiente V de Cramer = 0,169).

Es decir, el funcionamiento familia en su dimensión de cohesión familiar, y el afrontamiento al estrés (*estrategias*), son variables independientes.

4.1.1.2. Relación que existe entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical.

Tabla 14.
Cohesión familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical

Categorías	Cohesión familiar				Total
	Dispersa	Separada	Conectada	Aglutinada	
Positivo	8 (40%)	8 (26,6%)	4 (28,5%)	2 (40%)	22
Preferentemente positivo	6 (30%)	10 (33,3%)	6 (42,8%)	2 (40%)	24
No definido	3 (15%)	4 (13,3%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	9
Preferentemente negativo	2 (10%)	6 (20%)	2 (14,3%)	1 (20%)	11
Negativo	1 (5%)	2 (6,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3
Total	20 (100%)	30 (100%)	14 (100%)	5 (100%)	69

Al analizar la cohesión familiar en la **Tabla 14**, se observa que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama con cirugía radical, se agrupan en la categoría familiar Separada en forma moderada con 30(43,5%); en cuanto al afrontamiento, predomina el Preferentemente positivo en forma ligera con 24(34,8%) pacientes respectivamente.

Al observar el afrontamiento Positivo/Preferentemente positivo se encuentra que 46(66,7%,) pacientes, indican un pronóstico favorable de adaptación a la

enfermedad, de las cuales 18(59,9%) se ubican en la categoría familiar Separada; 14(70%) en la categoría familiar Dispersa; 10(71,3%) en la categoría familiar Conectada. En consecuencia, 4(80%) pacientes se ubican en la categoría familiar Aglutinada, siendo esta la menor representada.

Al respecto, el afrontamiento No definido la representa 9(13%) pacientes, las cuales indican un pronóstico no definido a la enfermedad, y que estos resultados deben ser contrastados con otras evaluaciones. Por otro lado, 4(17,3%) se ubican en la categoría familiar Separada; 3(15%) en la categoría familiar Dispersa y con menor representatividad se ubican la categoría familiar Conectada con 2(14,3%) pacientes respectivamente.

Sin embargo, el afrontamiento Negativo/Preferentemente negativo lo representa 14(20,3%) pacientes, las cuales indican un pronóstico desfavorable de inadaptación a la enfermedad. Asimismo, 8(26,6%) se ubican en la categoría familiar Separada; 3(15%) en la categoría familiar Dispersa; 2(14,3%) en la categoría familiar Conectada y con menor representatividad se ubica la categoría familiar Aglutinada con 1(20%) paciente respectivamente.

Tabla 15.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de
Independencia

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor	Coefficiente V de Cramer
4,04	12	0,05	0,983	0,14

En la **Tabla 15**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia son estadísticamente no significativas ($P = 0,983 > \alpha = 0,05$). En consecuencia, se acepta la hipótesis nula, es decir que no existen asociaciones estadísticas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical, observándose una baja intensidad de asociación entre sus variables. (Coeficiente V de Cramer = 0,14).

Es decir, el funcionamiento familia en su dimensión de cohesión familiar, y el afrontamiento al estrés (*estrategias*), son variables independientes.

4.1.1.3. Relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación.

Tabla 16.
Adaptabilidad familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación

Categorías	Adaptabilidad familiar				Total
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	
Positivo	2 (25%)	4 (33,3%)	6 (30%)	5 (23,8%)	17
Preferentemente positivo	2 (25%)	4 (33,3%)	7 (35%)	10 (47,6%)	23
No definido	0 (0,0%)	3 (25%)	1 (5,0%)	4 (19%)	8
Preferentemente negativo	4 (50%)	0 (0.0%)	5 (25%)	2 (9,5%)	11
Negativo	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (5%)	0 (0,0%)	2
Total	8 100%	12 (100%)	20 (100%)	21 (100%)	61

Al analizar la adaptabilidad familiar en la **Tabla 16**, se observa que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama con cirugía de conservación, se agrupan en la categoría familiar Caótica en forma muy ligera con 21(34,4%); en cuanto al afrontamiento, predomina el Preferentemente positivo en forma moderada con 23(37,9%) pacientes respectivamente.

Al observar y analizar el afrontamiento Positivo/Preferentemente positivo la representa 40(65,6%,) pacientes, las cuales indica un pronóstico favorable

de adaptación a la enfermedad, de las cuales 15(71,4%) se ubican en la categoría familiar Caótica; 13(65%) en la categoría familiar Flexible; 8(66,6%) en la categoría familiar Estructurada. Asimismo, 4(50%) pacientes se ubican en la categoría familiar Rígida, siendo esta la menor representada.

A la vez, el afrontamiento No definido la representa 8(13,1%) pacientes, las cuales indican un pronóstico no definido a la enfermedad, y que estos resultados deben ser contrastados con otras evaluaciones. En consecuencia, 4(19%) se ubican en la categoría familiar Caótica; 3(25%) en la categoría familiar Estructurada y con menor representatividad se ubican la categoría familiar Flexible con 2(14,3%) pacientes respectivamente.

Sin embargo, el afrontamiento Negativo/Preferentemente negativo lo representa 13(21,3%) pacientes, las cuales indican un pronóstico desfavorable de inadaptación a la enfermedad. Al respecto, 8(30,6%) se ubican en la categoría familiar Flexible; 4(50%) en la categoría familiar Rígida; 2(9,5%) en la familia Caótica y con menor representatividad se ubica la categoría familiar Estructurada con 1(8,3%) paciente respectivamente.

Tabla 17.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de
Independencia

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor	Coefficiente V de Cramer
15,254	12	0,05	0,223	0,29

En la **Tabla 17**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia son estadísticamente no significativas ($P = 0,223 > \alpha = 0,05$). En consecuencia, se acepta la hipótesis nula, es decir que no existen asociaciones estadísticas entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación, observándose una baja intensidad de asociación entre sus variables. (Coeficiente V de Cramer = 0,29).

Es decir, el funcionamiento familia en su dimensión de adaptabilidad familiar, y el afrontamiento al estrés (*estrategias*), son variables independientes.

4.1.1.4. Relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical.

Tabla 18.

Adaptabilidad familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical

Categorías	Adaptabilidad familiar				Total
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	
Positivo	1 (14,3%)	9 (56,3%)	7 (28%)	5 (23,8%)	22
Preferentemente positivo	3 (42,9%)	6 (37,5%)	4 (16%)	11 (52,4%)	24
No definido	0 (0,0%)	1 (6,3%)	6 (24%)	2 (9,5%)	9
Preferentemente negativo	3 (42,9%)	0 (0,0%)	5 (20%)	3 (14,3%)	11
Negativo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (12%)	0 (0,0%)	3
Total	7 (100%)	16 (100%)	25 (100%)	21 (100%)	69

Al observar la adaptabilidad familiar en la **Tabla 18**, la mayoría de las pacientes con cáncer de mama con cirugía radical, se agrupan en la categoría familiar Flexible en forma muy ligera con 25(36,3%); en cuanto al afrontamiento, predomina el Preferentemente positivo en forma ligera con 24(34,8%) pacientes respectivamente.

En consecuencia, al observar el afrontamiento Positivo/Preferentemente positivo la representa 46(66,7%) pacientes, las cuales indican un pronóstico favorable de adaptación a la enfermedad, de los cuales 16(76,2%) se ubican en la categoría familiar Caótica; 15(93,8%) en la categoría familiar Estructurada; 11(44%) en la categoría familiar Flexible. Asimismo, 4(57,2%) pacientes se ubican en la categoría familiar Rígida, siendo esta la menor representada.

A la vez, el afrontamiento No definido lo representa 9(13%) pacientes, las cuales indican un pronóstico no definido a la enfermedad, y que estos resultados deben ser contrastados con otras evaluaciones. Por otro lado, 6(24%) se ubican en la categoría familiar Flexible; 2(9,5%) en la categoría familiar Caótica y con menor representatividad se ubican la categoría familiar Estructurada con 1(6,3%) paciente respectivamente.

Sin embargo, el afrontamiento Negativo/Preferentemente negativo lo representa 14(20,3%) pacientes, las cuales indican un pronóstico desfavorable de inadaptación a la enfermedad. En consecuencia, 8(32%) se ubican en la categoría familiar Flexible y con menor representatividad se ubica las categorías familiares Rígida 3(42,9%) y Caótica 3(14,3%) respectivamente.

Tabla 19.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de
Independencia.

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor	Coficiente V de Cramer
24,063	12	0,05	0,02	0,341

En la **Tabla 19**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia son ***estadísticamente significativas*** ($P = 0,02 < \alpha = 0,05$). ***En consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación, es decir que existen asociaciones estadísticas entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés*** en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical, observándose una baja intensidad de asociación entres sus variables. (Coficiente V de Cramer = 0,14).

Es decir, el funcionamiento familia en su dimensión de adaptabilidad familiar, y afrontamiento al estrés (*estrategias* positivo o preferentemente positivo, son variables correlacionadas. Se interpreta, que la primera variable modifica el comportamiento de la segunda variable y viceversa.

4.1.2. Diferencias que existen en las variables de estudio y los tipos de cirugía.

4.1.2.1. Diferencias que existe en la dimensión de cohesión familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical.

Tabla 20.

Distribución de la cohesión familiar en ambos grupos

Categorías	Cirugía		Total
	Conservación	Radical	
Dispersa	21 (34,4%)	20 (29%)	41
Separada	23 (37,7%)	30 (43,5%)	53
Conectada	12 (19,7%)	14 (20,3%)	26
Aglutinada	5 (8,2%)	5 (7,2%)	10
Total	61 (100%)	69 (100%)	130

Al analizar la cohesión familiar en la **Tabla 20**, se observa que la categoría que predomina y a la vez, caracteriza a la muestra total es la Separada en forma moderada, en la que se ubica 53(40,8%) pacientes, de las cuales al grupo de cirugía radical le corresponde 30(43,5%) y 23(37,7%) al grupo de cirugía de conservación. Es de notar que por similar razón 41(31,5%) pacientes se sitúan en la categoría familiar Dispersa, de las cuales al grupo de cirugía de conservación le corresponde 21(34,4%) y 20(29%) al grupo de cirugía radical; a continuación 26(20%) pacientes se sitúan en la categoría

familiar Conectada de las cuales al grupo de cirugía radical le corresponde 14(20,3%) y 12(19,7%) al grupo de cirugía de conservación; asimismo, 10(7,7%) pacientes se ubican en la categoría familiar, de las cuales 5(8,2%) le corresponde al grupo de cirugía de conservación y 5(7,2%) al grupo de cirugía radical.

Según Olson et. al., (1985) las familias separadas, se caracterizan por la separación emocional pero en ocasiones se demuestra la correspondencia afectiva, la lealtad es ocasional, se acepta el involucramiento pero se prefiere la distancia personal, los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos, se considera importante el tiempo individual pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados pero comparten el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente pero hay posibilidad de decisiones conjuntas, los intereses son focalizados fuera de la familia y son distintos, los amigos raras veces son compartidos con la familia y la recreación se lleva a cabo de manera más separada que compartida.

Tabla 21.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji cuadrada de Independencia

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor
0,613	3	0,05	0,894

En la **Tabla 21**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia, no es estadísticamente significativas (**P = 0,894** > $\alpha = 0,05$).

En consecuencia se acepta la hipótesis nula, es decir que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de la dimensión cohesión familiar en el grupo de cirugía de conservación y el grupo de cirugía radical.

En efecto, el afrontamiento al estrés en ambos grupos (conservación – radical) son variables independientes.

4.1.2.2. Diferencias que existe en la dimensión de adaptabilidad familiar entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical.

Tabla 22.

Distribución de la adaptabilidad familiar en ambos grupos

Categorías	Cirugía		Total
	Conservación	Radical	
Rígida	8 (13,1%)	7 (10,1%)	15
Estructurada	12 (19,7%)	16 (23,2%)	28
Flexible	20 (32,8%)	25 (36,2%)	45
Caótica	21 (34,4%)	21 (30,4%)	42
Total	61 (100%)	69 (100%)	130

Al analizar la adaptabilidad familiar en la **Tabla 22**, indica que la categoría familiar que predomina y a la vez, caracteriza a la muestra total es la Flexible en forma ligera, en la que se ubica 45(34,6%) pacientes, de las cuales al

grupo de cirugía radical le corresponde 25(36,2%) y 20(32,8%) al grupo de cirugía de conservación; a continuación le sigue la categoría familiar Caótica en la que se sitúan 42(32,3%) pacientes, de las cuales al grupo de cirugía de conservación le corresponde 21(34,4%) y 21(30,4%) al grupo de cirugía radical; asimismo la categoría familiar Estructurada lo representa 28(21,5%) pacientes, de las cuales al grupo de cirugía radical le corresponde 16(23,2%) y 12(19,7%) al grupo de cirugía de conservación. A la vez, la categoría familiar Rígida es la que agrupa el menor número de pacientes 15(11,5%), de las cuales al grupo de cirugía de conservación le corresponde 8(13,1%) y 7(10%) al grupo de cirugía radical.

Según Olson et. al., (1985) las familias estructuradas, se caracterizan por un liderazgo igualitario y permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática y hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles y las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas pueden cambiar.

Tabla 23.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de Independencia

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor
0,704	3	0,05	0,872

En la **Tabla 23**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia, no es estadísticamente significativas (**P = 0,872** > $\alpha = 0,05$).

En consecuencia se acepta la hipótesis nula, es decir que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de la dimensión adaptabilidad familiar en el grupo de cirugía de conservación y el grupo de cirugía radical.

En efecto, el afrontamiento al estrés en ambos grupos (conservación – radical) son variables independientes.

4.1.2.3. Diferencias que existe en el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical.

Tabla 24.

Distribución del afrontamiento al estrés en ambos grupos

Categorías	Cirugía		Total
	Conservación	Radical	
Positivo	17 (27,9%)	22 (31,9%)	39
Preferentemente positivo	23 (37,7%)	24 (34,8%)	47
No definido	8 (13,1%)	9 (13,1%)	17
Preferentemente negativo	11 (18%)	11 (15,9%)	22
Negativo	2 (3,3%)	3 (4,3%)	5
Total	61 (100%)	69 (100%)	130

Al analizar el afrontamiento al estrés en la **Tabla 24**, se observa que la categoría de afrontamiento que predominante y a la vez caracteriza a la

muestra en total es el preferentemente positivo con 47(36,2%) pacientes, de las cuales 24(34,8%) corresponde al grupo de cirugía radical y 23(37,7%) al grupo de cirugía de conservación; a continuación el afrontamiento positivo le corresponde 39(30%) pacientes, de las cuales 22(31,9%) corresponde al grupo de cirugía radical y 17(27,9%) al grupo de cirugía de conservación; asimismo, al afrontamiento no definido le corresponde 17(13%) pacientes, de los cuales 9(13,1%) corresponde al grupo de cirugía radical y 9(13,1%) al grupo de cirugía de conservación; a continuación el afrontamiento preferentemente negativo le corresponde 22(16,9%) pacientes, de las cuales 11(18%) le corresponde al grupo de cirugía de conservación y 11(15,9%) al grupo de cirugía radical; asimismo el afrontamiento negativo lo representa 5(3,8%) pacientes, de las cuales 3(4,3%) le corresponde al grupo de cirugía radical y 2(3,3%) al grupo de cirugía de conservación respectivamente.

Según Gonzales (2004) en el afrontamiento positivo, prevalecen las estrategias positivas exclusivas o claramente dominantes. Para el afrontamiento preferentemente positivo, prevalecen las escalas positivas y negativas, aunque en mayor cantidad de las positivas. Asimismo en el afrontamiento no definido prevalecen de igual intensidad las escalas positivas y negativas, no hay una definición hacia una u otra forma. En el afrontamiento preferentemente negativo, prevalecen las estrategias negativas y positivas aunque con mayor presencia de las negativas. Por último en el afrontamiento negativo, prevalecen, las estrategias negativas exclusivamente o dominantes.

Tabla 25.
Resultados de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada de
Independencia

Valor Ji	Grados de libertad	Nivel de significación (α)	P - valor
0,430	4	0,05	0,980

En la **Tabla 14**, los resultados que indica la prueba Ji cuadrada de independencia, no es estadísticamente significativas (**P = 0,980 > $\alpha = 0,05$**). En consecuencia se acepta la hipótesis nula, es decir que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de afrontamiento al estrés en el grupo de cirugía de conservación y el grupo de cirugía radical.

En efecto, el afrontamiento al estrés en ambos grupos (conservación – radical) son variables independientes.

4.2. COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Los resultados consignados en las tablas mostradas anteriormente permiten sostener que se acepta las **hipótesis nulas 1, 2 y 3**, y se acepta la hipótesis de investigación **4**, ($P = 0,02 < \alpha = 0,05$) (Tabla 18), que dice ***“existen asociaciones estadísticamente significativas entre la adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”***.

Estadísticamente la primera variable modifica el comportamiento de la segunda variable y viceversa. (Sánchez & Reyes, 2006).

Por otro lado, al analizar las comparaciones de las variables en los dos grupos estudiados, se aceptan las **hipótesis nulas 5, 6 y 7**; es decir, los datos permiten sostener que no existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar (cohesión - adaptabilidad) y el afrontamiento al estrés entre pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; en otras palabras, los dos grupos constituyen una sola población.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El hallazgo realizado en el grupo de pacientes con cirugía radical, consignado en la **Tabla 18** respecto a la **hipótesis 4**, lo explicamos de la siguiente manera:

En primer lugar, globalmente, se encuentra en línea con lo aseverado por Olson et. al., (1985) quien refiere que las pacientes que perciben en sus familias cambios en su estructura de poder y sus reglas de relación en respuesta a demandas situacionales (enfermedad, tratamiento, etc.) también muestran cambios asociados a su afrontamiento al estrés (estrategias); aquí vale recordar que según Lazarus & Folkman (1986) el afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido estructuradas como que agota o sobrepasa los recursos del individuo.

En segundo lugar, ¿por qué se observa esta asociación solamente en el grupo de pacientes con cirugía radical y no en el grupo de pacientes con cirugía conservadora? Creemos que este hecho radica tanto en la percepción que la familia tiene del cambio físico que ha sucedido en la paciente, el mismo que está fuertemente relacionado con el rol de las mamas en el imaginario colectivo y con el deseo de proteger a uno de sus miembros; y también en la autopercepción de la paciente sobre el cambio que se ha producido en su propio cuerpo, en un atributo inmemorial de la femeneidad.

En tercer lugar, ¿en qué tipo de familia se daría este juego de percepciones y un afrontamiento mayoritariamente positivo de la situación estresante? No se da mayoritariamente en cualquier tipo de familia sino en una en

especial: en la familia **"Flexible"**, vale decir en aquella que se caracteriza por un liderazgo igualitario que permite cambios, siendo la disciplina algo severa negociándose sus consecuencias. Usualmente es democrática y tienen acuerdo en las decisiones y se comparten las funciones (roles). Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, pero algunas reglas pueden cambiar. Es en una familia con estas características en sus procesos de adaptabilidad en la que el impacto emocional de la cirugía radical de mama, muchas veces realizada en su figura más conspicua: la madre, es absorbido y asimilado, facilitando, por decir lo menos, el afrontamiento positivo por parte de la paciente de la situación de estrés que sufre o ha sufrido.

Por otro lado, la aceptación de las **hipótesis nulas 1, 2, 3, 5, 6 y 7** que indican que no existen asociaciones ni diferencias estadísticamente significativas entre las dos variables y los dos grupos estudiados, respectivamente; lo explicamos de la siguiente manera: si bien como dice Missiaggia (2004) casi todas las pacientes sea con intervención quirúrgica radical y de conservación mencionan cambios en su vida social y familiar, los dos grupos que hemos estudiado muestran un afrontamiento positivo a la situación de estrés. Ahora bien, como se sabe la estrategia de afronte en pacientes se relacionan con el **significado que subjetivamente tenga para él la enfermedad** (gravedad, incapacidad, marginación, curación etc.) **y la realidad de la enfermedad** (dolor, secuelas físicas y funcionales, secuelas de las terapias, etc.). **Es decir dependerá de la valoración que el sujeto hace de sus propios recursos** (habilidades sociales, aprendizaje, tratamiento, conocimiento del tema etc.) y del apoyo social – familiar que percibe (González, 2004). Valoración subjetiva del paciente que está vinculada prioritariamente, en nuestro entender, a la preparación psicológica de soporte que reciben estas pacientes en el servicio de oncología antes y después de la cirugía, este hecho, feliz por cierto por los beneficios que

reporta, se da no importando el tipo de familia a la que se pertenezca, salvo, por las razones que ya explicamos, en el caso específico de las mastectomizadas radicalmente pertenecientes a familias de una adaptabilidad flexible, familias que según el Modelo Circumplejo de Olson et. al., (1985) (junto con las estructuradas) facilitan el buen funcionamiento familiar, porque existe claridad en sus límites y roles (Minuchin , 1982).

4.4. RESUMEN

En el estudio se evaluó la relación y diferenciación del funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La población estuvo conformada por 299 pacientes con cáncer de mama, todas mujeres del servicio de Oncología Ginecología y Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El método de muestreo fue de sujeto Tipo y no probabilístico, quedando la muestra conformada por 130 pacientes, cuyas edades fluctuaban entre 30 a 83 años. Se le dividió en dos grupos; 61 pacientes intervenidas con cirugía de conservación, y 69 pacientes intervenidas con cirugía radical, todas seleccionadas de acuerdo al diagnóstico y criterios de la muestra.

La mayor incidencia de pacientes se ubica entre las edades de 40 a 69 años, casadas con grado de instrucción superior completa con un nivel económico medio, de ocupación profesional, con un impacto muy marcado del diagnóstico y sus efectos sobre su familia y salud.

El estudio es correlacional, comparativo, el tipo de diseño fue transversal; para la recolección de datos concernientes a las variables se utilizó el cuestionario Faces III de funcionamiento familiar y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (Caepo). Las variables por su naturaleza fueron tratadas como categóricas empleándose para el análisis estadístico frecuencias, porcentajes y, fundamentalmente, la estadística no paramétrica mediante la prueba Ji cuadrado y el coeficiente V de Cramer.

Los resultados indican una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia según su grado de adaptabilidad – tipo de familia flexible – y el afrontamiento, mayoritariamente positivo, en el grupo de pacientes que fueron sometidas a una cirugía radical del seno.

4.5. CONCLUSIONES

PRIMERO: Al analizar los resultados, se concluye, que no existen asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación. Desde un punto de vista descriptivo, la cohesión familiar que caracteriza y predomina ligeramente en las pacientes con cáncer de mama es del tipo denominado “Separada” y, cuanto al afrontamiento, predomina el preferentemente positivo.

SEGUNDO: Al analizar los resultados se concluye, que no existen asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical. Descriptivamente, la vez, la cohesión familiar que caracteriza y predomina moderadamente en este grupo es del tipo denominado como “Separada”, y el tipo de afrontamiento ligeramente predominante es el preferentemente positivo.

TERCERO: Al analizar los resultados, se concluye, que no existen asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación. Descriptivamente, el tipo de adaptabilidad familiar que caracteriza y predomina ligeramente en las pacientes de

este grupo es el denominado “Caótica”; en cuanto al afrontamiento, predomina ligeramente el preferentemente positivo.

CUARTO: Al analizar los resultados se concluye, ***que existen asociaciones estadísticamente significativas en un nivel moderado entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical.*** Descriptivamente, el tipo de adaptabilidad familiar que caracteriza y predomina ligeramente en estas pacientes es el denominado como “Flexible”, en tanto que, en el afrontamiento, predomina también ligeramente el preferentemente positivo.

QUINTO: Al analizar los resultados, se concluye que no existen diferencias estadísticas en la dimensión de cohesión familiar entre las pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical. Descriptivamente, el tipo de cohesión familiar que caracteriza y predomina en las pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (conservación / radical), es el denominado “Separada”.

SEXTO: Al analizar los resultados, se concluye que no existen diferencias estadísticas en la dimensión de adaptabilidad familiar entre las pacientes con cáncer de mama que han

sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical. Descriptivamente, la adaptabilidad familiar que caracteriza y predomina en las pacientes con cáncer de mama en ambos grupos (conservación / radical) es ligeramente el denominado “Flexible”

SÉPTIMO:

Al analizar los resultados, se concluye que no existen diferencias estadísticas en el afrontamiento al estrés entre las pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical. A la vez, el afrontamiento al estrés que caracteriza y predomina en las pacientes con cáncer de mama en ambos grupos (conservación / radical) es ligeramente el Afrontamiento Preferentemente Positivo.

4.6. SUGERENCIAS

PRIMERO: Se sugiere crear programas integrales de prevención y promoción de la salud antes, durante y después del diagnóstico, para potencializar sus habilidades del soporte emocional y cambio de actitud donde puede intervenir el equipo multidisciplinario (médico oncólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, asistente social, personal de salud, familia y amigos, etc.) para la mejor recuperación del paciente. Estos programas también se podrían ampliarse en la radio, televisión o en llamadas telefónicas.

SEGUNDO: Se sugiere que los programas psicológicos, (terapia: individual, pareja, familiar, ludoterapia, risoterapia, etc.) deben ser estructurados en cada hospital, centro referencial, centros y puestos de salud etc., como protocolo y de esa forma minimizar problemas emocionales o racionales; asimismo se debe enseñar al paciente oncológico a ser más creativo y a desarrollar estrategias de afrontamiento para mejorar y solucionar sus problemas en su sistema de vida.

TERCERO: Se sugiere que las terapias psicológicas directamente deben de incluir a la familia (esposo, hijos otros miembros) como soporte emocional y racional del paciente oncológico, a la vez, en forma flexible deben de reestructurar su dinámica, estructura, límites y roles. Asimismo, debe de enseñárseles estrategias de afronte

positivas para el buen funcionamiento familiar entre sus miembros o subsistemas.

CUARTO: Se sugiere brindar en forma multidisciplinaria conferencias, dinámicas grupales o encuentros (apoyo en información) con grupos de apoyo, por un profesional o por pacientes recuperados como exponentes, para mejorar el afrontamiento al estrés (estrategias) y el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad para el bienestar físico, psicológico y social del paciente oncológico y su familia.

QUINTO: Se sugiere crear programas de apoyo material; medicinas, dinero en efectivo para viajes por salud, casas hogares para su tratamiento de los pacientes oncológicos de provincia, cuidado personal, visitas constantes a su domicilio para su mejor calidad de vida.

SEXTO: Se sugiere crear, reestructurar o diseñar políticas de prevención y promoción de salud cada tres años, todo de forma multidisciplinaria en cada sector. (salud, educación etc.). Asimismo, cada investigador debiera tener constante asesoría y apoyo económico – material.

SÉPTIMO: Se sugiere investigaciones cualitativas o cuantitativas en forma multidisciplinaria con diseños longitudinales, cuyos resultados deben necesariamente servir como insumo para los tratamientos y para continuar con nuevas investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANARTE, M., LOPEZ, E., RAMÍREZ, C. & ESTEVES, R. (2001)** “Evaluación del Patrón de Conducta tipo C en Pacientes Crónicos”. Anales de Psicología, Vol 16, número 2, pp. 133-141. Universidad de Murcia España. Recuperado Mayo 31, 2008, disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16716203.pdf>
- ANDOLFI, M. & ANGELO, C. (1995)** “Detrás de la Mascara Familiar”. Editorial Amorrortu – Buenos Aires.
- ANDOLFI, M. (1984)** “Terapia Familiar”. Editorial Paidós - Buenos Aires.
- ARESCA, L., BIRGIN, D., BLUM, S., BUCETA, E., FIGINI, C., GULIAS, S., ICONIKOFF, R., KORS, B., ROSENFELD, C. (2004)** “Psicooncología”. Diferentes Miradas. Editorial Lugar – Buenos Aires.
- BAREZ V., M. (2002)** “Relación entre Percepción de Control & Adaptación a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer de Mama”. Tesis para optar el grado académico de Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona – España. Recuperado Febrero 05, 2005, disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0522103-210619//mbv1de4.pdf
- BARRERA M. J., LOPEZ L., & ELIZALDE Y. (1997)** “Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos”. TEA Ediciones S.A. – Madrid.
- BARRIGA N., O. (2001)** “Investigación Oncológica”. Centro de investigación del Cáncer “Maes Heller”. Recuperado Abril 01, 2008, disponible en: <http://www.inen.sld.pe/webscarpetas/masheler/revistas/%20masheler/marzo20-%20junio%202001>.

- BAYES, R. (1985)** “Psicología Oncológica”. Editorial Martínez Roca S.A. – Barcelona.
- BERNATALANFFY L., V. (1976)** “Teoría General de los Sistemas”. Editorial Fondo de Cultura Económica - Barcelona.
- BOSCH F. & COLEMAN M., P. (1992)** “Etiología del Cáncer & Epidemiología del Cáncer”. Manual de Oncología Clínica Internacional. Unión Against Cáncer. 5ta ed. Editorial Doyma Barcelona -España.
- BRAVO U., P. (2001)** “Descripción de una Muestra de Pacientes Chilenos que reciben atención en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile; de factores que inciden en Afrontamiento & Adaptación al Estrés de la Enfermedad Oncológica”. Investigación del Programa de Doctorado. Universidad Autónoma de Madrid – Chile. Recuperado Mayo 12, 2005, disponible en: http://aniorte.eresmas.com/archivos/tesis_doct_afront_estress_enf_oncolog.pdf
- BLASCO T., BAREZ M., FERNADEZ C., J. (2003)** “La Inducción de Sensación de Control como elemento fundamental de la Eficacia de las Terapias Psicológicas en Pacientes con Cáncer”. Anales de Psicología, Vol 19, número 2, pp. 233 – 246. Universidad de Murcia – España. Recuperado Febrero 16, 2008, disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16719206.pdf>
- CIBANAL, L. (2004)** “Estructura Familiar”. Anierte. Recuperado Marzo 15, 2008, disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm
- CHADI, M. (2005)** “Familias & Tratamiento Familiar”. Un Desarrollo Técnico Práctico. Editorial Espacio - España.
- EL NATIONAL CANCER INSTITUTE (2001)** “Lo que Necesita Saber sobre el Cáncer de Mama”. FEFOC. Recuperado Febrero 16, 2008,

disponible en: <http://www.fefoc.org/web/pdf/loque.pdf>

ELMUNDOESSALUD.COM (2005) “Cáncer de Mama”. Sanofi Aventis, p. 1, Recuperado Febrero 13, 2008, disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama6.html>

ELA A., K. & TOMSON, P. (2000) “Intervención Familiar”. Guía práctica para los Profesionales. Ilustración de Bernard Canavan. Editorial Paidós – México.

ELLIOT, G. & EISDORFER, C. (1982) “Estrés Humano & Salud”. Nuevo York Springer.

EPSOCIAL, (2008) “Diario Social Digital”. Europa Press. Recuperado Febrero 26, 2008, disponible en: <http://www.europapress.es/VideoSocial.aspx?v=20071018175301>

FERNANDEZ B., R. (1994) “Evaluación Conductual Hoy”. Un Enfoque para el Cambio en Psicología Clínica & de la Salud. Editorial Pirámide – Madrid.

FERREIRA R., A. (2003) “Sistema de interacción Familiar Asociados a la Autoestima de Menores en Abandono Moral o Prostitución”. Tesis para optar el grado académico de Doctora en Psicología. UNMSM. Lima - Perú. Recuperado Febrero 11, 2008, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/ferreira_ra/T_completo.PDF

FUNDASINEIN, (1999) “II Curso Nacional Teórico – Práctico de la Aplicación de la PNP”. Editorial Universidad Central de Venezuela.

FLORENZANO, R. (1984) “Técnicas de Psicoterapias Dinámicas”. 2da ed. Editorial Universitaria – Santiago de Chile.

GONZALEZ M., M. T. (2004) “Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos”. TEA ediciones S.A. Madrid - España.

- HERNANDEZ S, R., FERNANDEZ C., C. & BAPTISTA L., P. (2007)** “Metodología de la Investigación”. 4ta ed. Editorial Mc Graw- Hill - México.
- HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (2006)** “Boletín Informativo”. Número 3, p. 4, EsSaludNoticias. Lima- Perú.
- HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (2000)** “Normas & Procedimientos del Servicio de Oncología Ginecología & Mamaria para el Diagnóstico & Tratamiento de las Enfermedades”. Lima - Perú.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER (2004)** “El Cáncer de Seno”. Departamento de Salud & Servicios Humanos - EE.UU. Recuperado Febrero 16, 2008, disponible en: http://www.nci.nih.gov/pdf/WYNTK/WYNTK_seno.pdf
- KLEINKE C., L. (2001)** “Como Afrontar los Desafíos de la Vida”. Editorial Desclee de Brouwer S.A. - Bilbao.
- LAFOSSE S., V. (1996)** “Desafíos Para la Familia en Tiempos de Cambio” Revista Página. Número, 140.
- LAZARUS R., S. (2000)** “Estrés & Emoción”. Editorial Desclee de Brouwer S.A. – Bilbao.
- LAZARUS R., S. & FOLKMAN, S. (1986)** “Estrés & Procesos Cognitivos”. Editorial Martínez Roca S.A. – Barcelona.
- LEVANO M., J. R. (2003)** ”Patrón de Conducta Tipo A & Tipo B & los Estilos de Afrontamiento al Estrés en una Muestra de Personal Militar”. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología. UNMSM. Lima –Perú.
- LIPOWSKI Z., J. (1970)** “Enfermedad Física”. La Persona & los Procesos de Afrontamiento. Psiquiatría en la Medicina, pp. 91 – 102.
- MANUAL DE ESTILOS DE PUBLICACION DE LA AMERICA PSYCOLOGICAL ASSOCIATION (1998)** Tr. Maricela Chávez M.,

(et al.). Adaptación gramatical Mayra Inzunza S. Editorial El Manual Moderno - México.

MARTINEZ M., M. (2004) “Ciencia & Arte en la Metodología Cualitativa”. Editorial Trillas – México.

MENDOZA M., N. (2001) “Niveles de Ansiedad Depresión & Funcionamiento Familiar en Pacientes con SIDA del Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología. UNMSM. Lima- Perú.

MINUCHIN, S. (1982) “Familia & Terapia Familiar”. 3ra ed. Editorial Gedisa –Buenos Aires.

MINUCHIN, S. & FISHMAN, H. C. (1994) “Técnicas de Terapia Familiar” Editorial Paidós – México.

MISSIAGGIA, E. (2004) “Calidad de Vida & Hostilidad / Cólera en Pacientes con Cáncer de Mama con Quirúrgica Radical & de Conservación” Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología. UNMSM. Lima - Perú.

MUÑOZ R., C. (1998) “Cómo Elaborar & Asesorar una Investigación de Tesis”. Editorial Prentice – Hall - México.

MUSITU, G. & ALLATT, P. (1994) “Psicosociología de la Familia”. Albatros Educación. Editorial Artes Graficas Soler. Valencia - España.

NIEVES V., M. (2004) “Influencia del Estrés & la Personalidad en la Etiología del Cáncer”. Formas de Prevención. Universidad de Beligrano - Buenos Aires. Recuperado Febrero 05, 2005, disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/105_viollaz.pdf

OLSON, D., PORTNER, J., LAVER, Y. (1985) “Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales”. University of Minnesota. USA.

PALMERO, F., FERNANDEZ, A. E. G., MARTINEZ, F. & CHOLIZ, M. (2002) “Psicología de la Motivación & Emoción”. Editorial McGraw – Hill Interamericana - España.

- PEREZ, T. H. E. (2000)** “Estadística Para las Ciencias del Comportamiento” 2da ed. Editorial Oxford University - Press S.A. – México.
- PEREZ, M. G. (1989)** “Cáncer de Mama”. Editorial MCR S.A. Barcelona - España.
- RODRIGUEZ M., J. (1995)** “Psicología Social de la Salud”. Editorial Síntesis S.A. – Madrid.
- SALGADO L., C. (2000)** “Análisis Comparativo de la Metodología Cualitativa & Cuantitativa”. Revisión & Análisis de la Metodología Cualitativa. Editorial Instituto de Investigación USMP. Lima – Perú.
- SALKIND, N. J. (1999)** “Métodos de Investigación”. 3ra ed. Editorial Printice – Hall – México.
- SANCHES, H. & REYES, C. (2006)** “Metodología & Diseño en la Investigación”. 4ta ed. Editorial Universitaria URP. Lima – Perú.
- SAPOLSKY, R. M. (1995)** “Por qué las Cebras no tienen Úlceras”. La Guía del Estrés. Editorial Alianza – Madrid.
- SARQUIS, C. (1993)** “La Familia, Dimensiones & Predicciones de su Futuro”. Revista Psikhe. Universidad Católica de Chile. Vol. 2, Número 1.
- SIMONTO, D.C. & SIMONTON, M. S. (1981)** “Cáncer & Estrés”. El Paciente con Cáncer de la Revista Médica AUSTRALIA. pp. 679 – 681.
- SELYE, H. (1960)** “La Tensión en la Vida”. Editorial Compañía General Febril S.A. – Argentina.
- SOCIEDAD AMERICANA DEL CANCER (2007)** “Cáncer de Seno”. Guía de Tratamiento para Pacientes VII, 17-19. Recuperado Febrero 09, 2008, disponible en: http://www.nccn.org/patients/patient_gls/spanish/pdf/NCCN_seno.pdf
- SOLIDORO, A. (1983)** “Tratamiento Médico del Cáncer”. Editorial Unida S.A. Lima- Perú.
- TUEROS C., R. V. (2004)** “Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con

el rendimiento académico”. Tesis para optar el grado de Magíster en psicología. UNMSM – Lima- Perú. Recuperado Agosto, 13, 2008 disponible en:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/tueros_cr/html/index-frames.html

URQUIDI, L.E. Y MONTIEL, M.M. (2001) “El cáncer como enfermedad multideterminada”. Universidad Sonora, México: Manuscrito. Recuperado Agosto 15, 2008, disponible en: <http://kunkaak.psicom.uson.mx/maestria/HTML/11-1-1.htm>.

VALDERRAMA T., E. (2003) “Relación entre la Imagen Corporal & las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Mastectomizadas”. Tesis para optar el grado de Licenciada en psicología. UNMSM – Lima-Perú. Recuperado Junio 02, 2008, disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbib/notice.xsp?id=sisbib.2003.valderrama_te-principal&qid=sdx_pcd-q&base=documents&dn=1&id_doc=sisbib.2003.valderrama_te&isid=sisbib.2003.valderrama_te

VELASQUEZ, C. L. E. (1997) “Impacto del Cáncer en la Calidad de Vida en un Grupo de Pacientes con Cáncer de Mama EC IIB antes de la Mastectomía sin haber recibido la Quimioterapia & después de la Mastectomía habiendo recibido cuatro cursos de Quimioterapia”. Tesis para optar el grado de Licenciada en psicología UIGV. Lima – Perú.

VIDAL, M. C. Y LÓPEZ, J. (1999) “La consulta psicooncológica”. La depresión en cáncer de mama. Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 8(2), 141-156.

Anexos

**Para mayor información, consultar el formato impreso en la
Biblioteca Central de la UNMSM.**