



República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



AFRONTAMIENTO MOTIVACIONAL EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, MÉRIDA, 2020

Autoras:
Méndez Idalia
Rivas Betania

Tutora: Dra. Felicia La Cruz Montes

Mérida, marzo 2020



República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



**AFRONTAMIENTO MOTIVACIONAL EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES,
MÉRIDA, 2020**

Trabajo de grado como requisito para optar al título de licenciatura de enfermería

Autoras:
Méndez Idalia
Rivas Betania

Tutora: Dra. Felicia La Cruz

Mérida, marzo 2020

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo investigativo principalmente a dios por habernos dado la vida, ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener unos de los anhelos más deseados y permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros padres, por su amor, apoyo, trabajo y sacrificio durante todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A nuestros hermanos(as), primos(as), por estar siempre presentes acompañándonos, y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos apoyaron y han hecho que el trabajo se realice con éxito, en especial aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos como lo es nuestra querida tutora Felicia la Cruz por todo su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Nos van a faltar paginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimientos especialmente, a Dios quien con su bendición llena nuestras vidas, quien como guía estuvo presente en nuestro caminar, dándonos fuerza para continuar con nuestras metas trazadas sin desfallecer, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

A nuestros padres que con su esfuerzo y dedicación nos ayudaron a terminar nuestra carrera universitaria y nos dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A nuestra familia, amigos, quienes de una u otra manera nos brindaron su colaboración y se involucraron en este proyecto y siempre han estado presentes cuando más lo necesitamos.

Agradecemos infinitamente a nuestra tutora Felicia la Cruz quien desde el primer momento nos brindó su amistad, su bondad, quién con su experiencia, conocimientos, consejos, enseñanzas y motivación nos orientó en la investigación.

Agradecemos a todos los docentes que con su sabiduría, conocimientos y apoyo nos motivaron a desarrollarnos como personas y ayudarnos en nuestra formación académica.

A nuestra ilustre Universidad de los Andes, en especial la escuela de Enfermería gracias por abrirnos las puertas y permitirnos formarnos como Licenciadas en Enfermería.

ÍNDICE GENERAL	pp.
Resumen	xi
Introducción	12
Capítulo I. El Problema	13
Planteamiento del Problema	13
Formulación del Problema	17
Objetivos de la Investigación	18
Justificación de la Investigación	18
Alcances y Limitaciones	20
Consideraciones éticas	22
Capítulo II. Marco Teórico	23
Antecedentes	23
Bases teóricas	29
Capítulo III. Metodología de la Investigación	55
Naturaleza de la Investigación	55
Tipo y Diseño de la Investigación	55
Población y muestra	56
Variables de la investigación	57
Técnica e instrumento de recolección de datos	59
Procedimiento de recolección de datos	60
Análisis de datos	60

Capítulo IV. Análisis de Resultados	61
Resultados	61
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones	74
Conclusiones	74
Recomendaciones	75
Referencias	76
Anexo 1. Consentimiento Informado	81
Anexo 2. Cuestionario sobre afrontamiento motivacional	82

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS	pp.
Tabla 1. Operacionalización de variables	58
Tabla 2. Edad de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020.	61 62
Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020.	63 64
Tabla 4. Capacidad de afrontamiento. Dimensión aceptación.	65
Tabla 5. Capacidad de afrontamiento. Dimensión autocontrol.	66
Tabla 6. Capacidad de afrontamiento. Dimensión reevaluación positiva.	67
Tabla 7. Capacidad de afrontamiento. Dimensión escape y evitación.	68
Tabla 8. Estrategias de afrontamiento. Dimensión apoyo familiar.	69
Tabla 9. Estrategias de afrontamiento. Dimensión socioeconómica.	70
Tabla 10. Estrategias de afrontamiento. Dimensión salud.	71
Tabla 11. Estrategias de afrontamiento. Dimensión cognitiva.	72
Tabla 12. Estrategias de afrontamiento. Dimensión conductual	72
Tabla 13. Nivel de la capacidad de afrontamiento.	
Tabla 14. Nivel de las estrategias de afrontamiento.	73
Tabla 15. Nivel General de Afrontamiento.	78

Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**AFRONTAMIENTO MOTIVACIONAL EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES,
MÉRIDA, 2020**

Autoras:

Méndez Idalia

Rivas Betania

Tutora: Dra. Felicia La Cruz

RESUMEN

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial, el afrontamiento que asuma la persona que lo padece ayuda a sobrellevar los cambios que esta enfermedad ocasiona; es por ello que se planteo como objetivo de la investigación: Analizar el afrontamiento motivacional en las mujeres con cáncer de mama del servicio de oncología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020. La metodología fue de naturaleza cuantitativa, tipo descriptiva, diseño transversal. La muestra estuvo conformada por muestreo no probabilístico de 20 mujeres con cáncer de mama, a quienes se les aplicó un instrumento validado por grupo de expertos, con escala de Likert. Los resultados más destacados fueron: edad de las mujeres estuvo entre 32 y 75 años, media y desviación típica de $52,90 \pm 11,168$ años, el 60% tiene nivel de instrucción universitario; el 60% es profesional; más de dos tercios tienen pareja estable, religión católicas y nivel socioeconómico de clase media. En cuanto al afrontamiento el autocontrol se mostró poco frecuente, sin embargo la reevaluación positiva se dio siempre, el escape y evitación casi nunca o nunca lo hacen, la mayoría siempre cuentan con apoyo familiar en contraste al apoyo socioeconómico inestable; se evidencio estrategias de afrontamiento positivas en su percepción de salud, cognición y exteriorización de su enfermedad en grupos de apoyo. Conclusiones: el nivel de afrontamiento fue medio en la mayoría, seguido de bajo.

Palabras clave: Afrontamiento, afrontamiento emocional, cáncer de mama.

INTRODUCCIÓN

El afrontamiento hace referencia a los recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Las enfermeras, requieren desarrollar estrategias de afrontamiento oportunas que le permitan hacer frente a la muerte y el duelo de los pacientes, para que proporcionar una adecuada atención de salud; por ello resulta de interés estudiar el afrontamiento ante la muerte.

La investigación se centró en analizar el afrontamiento motivacional en las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020. El interés de hacerlo en el contexto de estudio, es que el cáncer de mama desde el 2006 es la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 años y más, por lo que representa un grave problema de salud pública. El mismo quedo estructurado de la siguiente manera: Capítulo I, constituido por el planteamiento del problema, objetivos, justificación de la investigación, y consideraciones éticas. Seguidamente, el Capítulo II, conformado por los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, bases legales y la operacionalización de variables. El Capítulo III, el cual describe naturaleza,

tipo y diseño de la investigación, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumento y procedimiento para la recolección de los datos, análisis de datos. Capítulo IV, se presenta el análisis de los resultados. Capítulo V, conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se muestran las referencias bibliográficas y los anexos.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y células de origen. Esta enfermedad puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita; cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan (Serrano, 2018). Sin embargo, Isacaz (2018) explica que el cáncer, en un proceso histológico ordenado lo descontrola; es decir, a medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) dicen que, el cáncer es la principal causa de muerte debida a enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y, por lo tanto, es un problema de salud pública importante, tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Existen numerosos tipos de cáncer entre los que se destacan tres subtipos principales: en primer lugar, mencionamos los sarcomas que proceden del tejido conjuntivo presente en los huesos, cartílago, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejidos adiposos. El segundo tipo lo constituyen los carcinomas que surgen en los tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales como el sistema respiratorio o digestivo o en los tejidos glandulares de la mama y la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes como el cáncer de pulmón, el de colon o el de mama. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas y los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentra la leucemia y los linfomas, que incluyen los cánceres que se originan en los tejidos formadores de las células sanguíneas (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que, en el mundo cada 30 segundos se diagnostica a una persona con esta enfermedad, mientras tanto en México cada dos horas muere una mujer a causa del cáncer de mama y desde el

2006 es la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 años y más, por lo que representa un grave problema de salud pública. Asimismo, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2020) reporta que en el año 2018 se diagnosticaron aproximadamente 2.088.849 casos nuevos de cáncer de mama teniendo en cuenta todos los sexos y todas las edades.

Teniendo en cuenta que el cáncer es un problema de Salud Pública a nivel mundial y que dicha enfermedad conlleva cambios en los diversos ámbitos que se desenvuelven las personas que la padecen, es preciso señalar que existe un término de gran relevancia a nivel de la Psicología denominado “afrontamiento”, el cual ayuda, de alguna manera, a los pacientes para sobrellevar los cambios que esta enfermedad ocasiona. Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). De igual manera, estos autores distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento en las que se encuentran: las estrategias orientadas al problema y la orientada a las emociones. Las primeras, se refieren al entorno y al sujeto. Cuando se habla del sujeto se hace referencia a los cambios motivacionales o cognitivos como la variación del nivel de las emociones. En este sentido, se podría entender que de acuerdo a las

emociones que enmarquen el afrontamiento de la situación que genera estrés, podríamos encontrar emociones que fortalezcan la autoestima de la mujer con cáncer de mama, logrando así una especie de *afrontamiento motivacional* para contrarrestar dicha enfermedad.

Ahora bien, el cáncer de mama conlleva una serie de cambios en la vida de la mujer que pueden hacer que experimente diferentes procesos de adaptación psicológica y social, por tanto, el personal de enfermería debe ser capaz de identificar las respuestas de afrontamiento en cualquier etapa de la enfermedad, debe promover estrategias dirigidas a proporcionar cuidados a las mujeres según sus necesidades, mediante acciones que contribuyan a mejorar sus estrategias de afrontamiento (Leal y Jiménez, 2015). En otras palabras, el personal de enfermería debe involucrarse en el apoyo moral, emocional, psicológico y humano del paciente en el proceso de su enfermedad, integrando a sus familiares para que conozcan y comprendan de una manera clara la patología que padece la usuaria con cáncer de mama y los cambios que esta enfermedad puede generarle, a fin de brindarle el mayor apoyo familiar posible.

En el contexto venezolano, si el personal de enfermería conoce en profundidad el comportamiento psicológico y emocional de las pacientes con cáncer de mama en el momento que son diagnosticadas podría brindarles orientación sobre como aceptar la enfermedad y vivir con ella en la época actual, la cual está enmarcada

en la escasez de medicamentos, la inestabilidad económica, la falta de recursos para batallar con la enfermedad y el protagonismo que tiene el paciente y su entorno familiar. Asimismo, se necesita la ayuda de especialistas en la materia sobre cómo abordar sentimientos encontrados en pacientes que padecen la enfermedad, ya que es una de las enfermedades más temidas por el género femenino (Sarra, Lari, Gamarro, Tortosa, Ayarsa, Torres y Marsal, 2018).

Teniendo en cuenta que el cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo (OMS, 2018), el propósito de esta investigación se dirigió a analizar el afrontamiento motivacional en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del Servicio de Oncología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida. Igualmente, se buscó ayudar a las pacientes a que no presentaran cambios conductuales, psicológicos y emocionales que interrumpieran su relación con el entorno, sino brindarles más tranquilidad y seguridad para contrarrestar el proceso de la enfermedad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cómo es la capacidad de afrontamiento que poseen las mujeres con cáncer de mama que asisten al Servicio de Oncología del IAHULA?
2. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología del IAHULA?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Analizar el afrontamiento motivacional en las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).
2. Determinar la capacidad de afrontamiento que poseen las mujeres con cáncer de mama que asisten al Servicio de Oncología del IAHULA
3. Precisar las estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, IAHULA.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Las complicaciones que subyacen a las mujeres con cáncer de mama en el ámbito psicosocial pueden iniciarse desde el momento de sospecha del diagnóstico o bien pueden surgir o agravarse con la confirmación del mismo, los tratamientos médicos, la finalización de los tratamientos y las recidivas, tal y como indica la Asociación Española contra el Cáncer (2020).

En este sentido, la investigación se justifica desde el punto de vista teórico, puesto que, brindó una contribución teórica a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias relacionadas con el cáncer de mama, asimismo, por la amplitud del tema que abarca, se buscó establecer relaciones desde ciencias como la psicología para la explicación del problema y el logro de los objetivos planteados, de forma que se pudiera generar un marco teórico explicativo del problema.

Asimismo, desde el punto de vista práctico, permite al profesional de enfermería brindar una atención humanizada y de calidad ya que, pueden ayudar a las mujeres en el proceso de afrontamiento del dolor como parte de su proceso patológico y contribuir en el ahorro de energía para que sea empleada en su recuperación. Por lo tanto, las enfermeras(os) pueden ser de gran ayuda en el afrontamiento motivacional que las pacientes pueden utilizar como mecanismo de

defensa ante su enfermedad (Barragan y Almanza, 2013; Cruickshank, Kennedy, Lockart, Dosser y Dallas, 2008).

Por otro lado, la presente investigación se justifica desde el punto de vista metodológico ya que, mediante la investigación y el análisis cuantitativo se obtuvieron resultados válidos, que servirán como referencia para investigaciones futuras.

De igual manera, se justifica a nivel social, puesto que, el afrontamiento motivacional en mujeres con cáncer de mama debe permitir la exploración y expresión de sentimientos tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira, negación entre otros; con el objeto de disminuir estos para facilitar la toma de decisiones y ofrecer una mejor calidad de vida a las pacientes, promoviendo la adherencia al tratamiento y su empoderamiento.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

En la presente investigación se pretendió entender la posición de las mujeres con cáncer de mama, vinculado a su rol preventivo. En tal sentido, se han establecido algunos alcances y limitaciones que pueden identificarse en la consecución de los objetivos planteados.

Alcances

- Se conocerán los abordajes relacionados al acompañamiento motivacional.
- Se logrará tener contacto con las mujeres, las cuales nos ayudarán a constatar la información requerida como población de estudio.
- Mediante la investigación se obtendrán opiniones y diversos puntos de vista de las pacientes con cáncer de mama, lo cual nos permitirá comprender mejor los cambios psicológicos y emocionales que ellas puedan experimentar.
- Los especialistas en la materia podrán brindar mayor apoyo a otras pacientes con cáncer de mama, debido a lo aprendido a través de esta investigación.
- Los resultados pueden contribuir al entrenamiento del personal de la salud para brindar una mejor atención a las pacientes que padecen de cáncer de mamá.

- Se podrá conocer la vulnerabilidad de las mujeres que padecen cáncer de mamá respecto a los cambios biopsicosociales que la enfermedad conlleva, lo cual permitirá buscar estrategias que ejerzan un impacto positivo en la salud de las mismas.

Limitaciones

- La no colaboración de las pacientes con cáncer de mama, en la aplicación del instrumento, ya que podría afectarlas psicológicamente, por ser un tema de gran sensibilidad para ellas.
- La ausencia de espacios adecuados para hacer una entrevista y establecer una relación terapéutica mas personalizada.
- Falta de acompañamiento motivacional y apoyo a la paciente diagnosticada con cáncer de mama y el poco interés de sus familiares.
- Falta de recursos económicos para la adquisición de sus tratamientos.

1.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación sobre el cáncer de mama tiene importantes implicaciones éticas, ya que generalmente involucra una serie de prejuicios y creencias que existen en la familia, además de la sensibilidad que presentan las pacientes. Por otro lado, se trabajó con pacientes ya diagnosticadas con cáncer de mama, por lo cual fue necesario cumplir con las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) para preservar su integridad psicológica al momento de suministrar los datos. Por estas razones, en el presente trabajo se toman las siguientes consideraciones éticas:

- Obtener el consentimiento informado por parte de las pacientes, así como de sus familiares.
- Garantizar la confidencialidad de las pacientes.
- Utilizar la información obtenida solo con fines de investigación.
- Elaborar el instrumento de recolección de datos bajo criterios científicos y con el debido respeto a la sensibilidad del tema.

- **CAPÍTULO II**

MARCO TEÓRICO

2.1- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con edades comprendidas entre los 18 a 70 años, con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia). Para la realización de este estudio se utilizó el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30), en la versión española de Arraras, Illarramendi y Valerdi (1996). Este módulo consta de 30 ítems, los cuales evalúan cinco escalas funcionales (social, emocional, física, cognitiva y de rol), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito) y una escala global de calidad de vida. Esta escala incluye además un ítem orientado al área financiera, así como otros ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (problemas del sueño, pérdida de apetito, diarrea, disnea y estreñimiento). Una mayor puntuación en las escalas Funcionales, indica una

mejor calidad de vida y una mayor puntuación en las escalas de Síntomas, indica una peor calidad de vida. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 5 escalas estuvieron cercanos a puntajes de 0,70.

De igual manera, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE el cual consta de 42 preguntas divididas en 7 subescalas, estas son: 1) Búsqueda de apoyo social (BAS), 2) Expresión emocional abierta (EEA), 3) Religión (RLG), 4) Focalizar en la solución del problema (FSP), 5). Evitación (EVT), 6). Autofocalización negativa (AFN) y 7) Reevaluación positiva (REP). Contiene cinco opciones de respuesta que van de 0= nunca hasta 4=casi siempre. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas variaron entre 0,64 y 0,92.

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano. El coeficiente Alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al periodo actual. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión.

La mayoría de los participantes del estudio fueron mujeres (60.7%) y un 39.3% fueron hombres; 13 personas se ubicaron en edades comprendidas entre los 48 y 57 años (46.3%), y el porcentaje más representativo (4 personas) se encontró en la edad de 48 años (14.3%), un 25.2% (7 personas) se ubicó entre los 18 a los 44 años y un 28.6% (8 personas) se agrupó entre los 60 a 70 años y se encontró a nivel general un grupo mayoritario de adultos mayores. Igualmente, un porcentaje mayor (89.3%) se agrupó en el estrato socioeconómico bajo (1 y 2) con un nivel de estudios en básica primaria (75.0%). En cuanto a la variable ocupación, se observó que la mayoría son amas de casa (53.6%), un 32.1% realiza una actividad laboral y el resto (14.3%) se agrupó en las categorías desempleado, pensión/jubilado y estudiante. El 50.0% de la muestra está ubicada en la categoría de casados y unión libre, el 25.0% son solteros y el otro 25.0% se ubica en la categoría de separados y viudos. Respecto a las variables diagnósticas, se encontró que gran parte de los pacientes padecían cáncer de colon (28.6) y cáncer de mama (21.4%).

Los resultados del estudio evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente

significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer. En cuanto a las conclusiones del estudio existe suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales tienen relación con la calidad de vida de las personas que padecen cáncer, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. La adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otros. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con cáncer lograr tener salud y por ende bienestar psicológico.

Por su parte, Ojeda-Soto y Martínez-Julca (2012) realizaron un estudio que tuvo como propósito determinar el afrontamiento de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. El estudio fue cuantitativo descriptivo de corte transversal y se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Perú, cuya población total estuvo conformada por 85 pacientes, las mismas que fueron captadas en su periodo de control en consultorios externos. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado por las investigadoras; el cual consta de dos partes: 1) datos sociodemográficos de las pacientes; 2) 45 preguntas

relacionadas a 14 ítems sobre afrontamiento en el proceso cognitivo y conductual de las pacientes, el cual fue sometido a juicio de expertos obteniéndose un valor de $p < 0.031$; y prueba piloto para la confiabilidad, obteniéndose $\alpha = 0.77$. Para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva. Se obtuvo como resultados que el 25.7% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tuvo un buen afrontamiento. En el área cognitiva el 35.7% obtuvo un buen afrontamiento; la estrategia más utilizada fue el reordenamiento de prioridades. En el área conductual el 12.9% tuvo un buen afrontamiento; la estrategia más utilizada fue la aproximación y afrontamiento dirigido al problema. Ahora bien, las conclusiones del estudio señalan que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentaron un bajo porcentaje de buen afrontamiento por ello se recomienda que el personal de enfermería brinde y aplique estrategias que favorezcan el mejor afrontamiento.

Por otra parte, Candelaria, Montiel, Guerra y Vizcaíno (2015) de la Universidad Central de Las Villas (Cuba) realizaron un estudio que tuvo como objetivo diseñar un Programa Psicoeducativo para el afrontamiento efectivo del cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad o sobrevivencia. Se asumió un paradigma cuantitativo, siguiendo un diseño no experimental, con un tipo de estudio descriptivo. Se empleó un sistema de técnicas psicológicas: Entrevista semi-estructurada, Escala de modos de afrontamiento, Escalas de Afecto Positivo

y Negativo (PANAS), Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B, Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI – 2, Test de Zung y Conde. Para el análisis de los datos se empleó un procesamiento estadístico utilizando el paquete SPSS versión 21.0. En los resultados predomina un afrontamiento centrado en la emoción, manifestándose a niveles parcialmente adecuados la efectividad del mismo, siendo el juicio de control en muchos casos ilusorio. La prevalencia de emociones positivas y negativas o la combinación de estas, permitió identificar que el 50% de las pacientes presentan niveles medios de bienestar emocional, el 30% alto y el 20% bajo. La correlación positiva entre juicio de control y bienestar emocional demuestra el valor de ambas variables para potenciar el afrontamiento efectivo de dichas pacientes. Se diseña un programa psicoeducativo para el afrontamiento efectivo del cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad o supervivencia. Seleccionando 10 especialistas que participaron en la evaluación del programa diseñado; existiendo una tendencia a la aprobación del diseño del programa, criterio que indica la pertinencia y efectividad en el mismo.

Otros investigadores como Leal y Jiménez (2015) llevaron a cabo una investigación documental con el objetivo de conocer qué intervenciones enfermeras se llevan a cabo en los estudios de intervenciones psicológicas relacionadas con el afrontamiento del cáncer de mama. En relación a la

metodología se realizó una revisión bibliográfica entre los meses de enero y marzo de 2014, en las bases de datos MedLine, ProQuest Health & Medical Complete, PsycINFO, PudMed y Cuiden con un límite temporal de 15 años.

En los resultados se incluyeron 16 artículos en el estudio. La mayoría de los estudios cuentan con enfermeras, siendo la muestra más abundante enfermeras generalistas, que forman parte del equipo investigador y que intervienen con otros profesionales de la salud. La intervención psicológica más representativa es la intervención psicoeducativa, mientras que las intervenciones enfermeras más predominantes son presencia y aumentar el afrontamiento. Se llegó a las conclusiones de que conocer las intervenciones de enfermería, enfermeros preparados y un equipo multi e interdisciplinar con un plan de cuidados son la clave para un afrontamiento del cáncer de mama permitiendo así un cuidado holístico del paciente.

Por último, Fernández (2016) llevo a cabo una investigación cuyo objetivo general fue identificar los procesos psíquicos subyacentes, mecanismos de defensa, necesidades y presiones en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. La investigación se realizó en el Hospital Universitario de Caracas (HUC), Venezuela. La metodología fue cualitativa y uso la técnica de Estudio de Casos, las participantes fueron tres mujeres con diagnóstico de cáncer de mama a quienes se les aplicaron el test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática

(T.A.T.) y dos entrevistas en profundidad. Los resultados demuestran que las participantes poseen: (a) entre los *procesos psíquicos subyacentes* rasgos introversivos de personalidad con constricción de sus afectos, inclinación en la introspección en la toma de decisiones, dificultades en la mediación cognitiva por fallas en la interpretación del ambiente, ansiedades sobre sus percepciones corporales (autoimagen), y dificultades en el manejo de sus relaciones interpersonales; (b) priman necesidades psicológicas de Afiliación emocional y Socorro, presiones ambientales de Dominación y Carencia, Mecanismos de defensa como la Negación, Proyección y Simbolización; y (c) las Vivencias del cáncer de mama están agrupadas en dos Temas centrales: Mi vida antes del cáncer y Mi vida con cáncer. Se concluye que las participantes poseen rasgos psicossomáticos que constituyen factores que inciden negativamente en la enfermedad, aparición y pronóstico, en donde los mecanismos de afrontamiento hacia la misma dependen directamente de sus procesos psíquicos y funcionamiento intrapsíquico, y los conceptos y percepciones sobre sus vivencias se ven influenciados por factores biopsicosociales que sólo lograron ser ahondados por la técnica metodológica usada en donde las participantes reconstruyeron sus experiencias desde su subjetividad.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). Por ello, abordar el proceso de afrontamiento implica hablar de un cambio en los procesos cognitivos y conductuales, a medida que la interacción se desarrolla.

Dentro de esta postura, un aspecto de gran importancia es la evaluación cognitiva entendida como “el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 56). El afrontamiento es un proceso que implica constantes cambios, ya que el sujeto, en determinados momentos, puede emplear diversas estrategias que pueden ser defensivas o que le permitan resolver los problemas. Por tanto, en la teoría se encuentran estrategias generales de afrontamiento como la *Orientada al Problema*, la cual “involucra intentos por realizar algo constructivo con las condiciones estresantes dañinas, amenazantes o que retan a un individuo” (Taylor, 2007, p. 193). Es decir, implican definir el problema, buscar soluciones

alternativas y considerar dichas alternativas a partir de su costo y beneficio, elección y aplicación.

Por otra parte, Kahn y Cols (como se citó en Lazarus y Folkman, 1986) distinguen dos grupos de estrategias orientadas al problema: las referidas al entorno, dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos; y las referidas al sujeto, encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos. Ahora bien, la estrategia *Orientada a la emoción*, “involucra esfuerzos para regular emociones generadas por la situación estresante” (Taylor, 2007, p. 193), se constituye por procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional y, a su vez, “incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 173).

Con base en lo anterior, es preciso señalar que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la

naturaleza del medio. En consecuencia, el afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí (Lazarus, 2000).

2.2.1.1 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). Según Vázquez, Crespo y Ring (2000), las ocho estrategias de afrontamiento, se dividen: las dos primeras más centradas en la solución del problema; las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas:

1. *Confrontación*: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. *Planificación*: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

3. *Distanciamiento*: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. *Autocontrol*: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. *Aceptación de responsabilidad*: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. *Escape-evitación*: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. *Reevaluación positiva*: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. *Búsqueda de apoyo social*: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información no también comprensión y apoyo emocional.

Además, Arrogante (2016), especifica la organización jerárquica de las estrategias de afrontamiento, como sigue:

- *Orientación negativa a la emoción*: estrategias de regulación y expresión emocional que pueden sugerir una falta de control (p. ej: golpear, arrojar objetos), estrés (p. ej.: llanto, gritar, autoculpación) u hostilidad hacia los otros.

- *Orientación mixta a la emoción:* respuestas emocionales al estrés que son una mezcla de estrategias de regulación y expresión emocional controladas y no controladas.
- *Afrontamiento de compromiso:* gran categoría de respuestas de aproximación dirigidas hacia el estresor y hacia las propias reacciones al mismo.
- *Control primario:* intentos activos de control o cambio de una situación estresante o de reacciones emocionales propias hacia la misma
- *Solución de problemas:* intentos activos para resolver la situación estresante mediante la planificación, la generación de posibles soluciones, análisis lógicos y evaluación de opciones, implementación y organización de soluciones posibles.
- *Apoyo instrumental:* apoyo social orientado al problema, incluyendo búsqueda de ayuda, recursos o consejos sobre posibles soluciones al mismo.
- *Apoyo emocional:* apoyo social orientado a la emoción, incluyendo búsqueda de confort, empatía y cercanía con los otros.
- *Apoyo social mixto:* combinación del apoyo instrumental y emocional.
- *Regulación emocional:* intentos activos de disminuir las emociones negativas a través del empleo controlado de estrategias tales como la relajación, el ejercicio o la modulación de expresiones de la emoción para asegurar que los

sentimientos son expresados en el momento apropiado y de manera constructiva.

- *Control secundario*: intentos para adaptarse a la situación estresante para crear un mejor ajuste entre el ambiente y uno mismo.
- *Distracción*: tomarse un pequeño descanso de la situación estresante mediante la realización de una actividad agradable. La distracción no supone intentos de evitar o negar los problemas
- *Reestructuración cognitiva*: encontrar una manera positiva y realista de pensar en la situación estresante, viendo el lado bueno, identificando los beneficios que emergen de la situación (p. ej.: crecimiento personal), o encontrando el lado cómico de la misma.
- *Aceptación*: llegar a la conclusión de que hay aspectos de la situación estresante que no se pueden cambiar, comprendiendo que hay que convivir con el estresor, desarrollando un sentido de comprensión.
- *Afrontamiento religioso*: tener fe en Dios, rezando por la situación estresante y participando en servicios y actividades religiosas.
- *Afrontamiento de falta de compromiso*: gran categoría de respuestas orientadas hacia fuera de la situación estresante y las reacciones provocadas por la misma. Históricamente, las escalas de falta de compromiso han incluido la distracción, el uso de sustancias y los síntomas de estrés.

- *Falta de compromiso estricto:* respuestas de falta de compromiso con la situación que incluyen la distracción, el uso de sustancias y los síntomas de estrés.
- *Evitación:* intentos de evitar el problema, los recuerdos del mismo, pensamientos que se pueden tener, o emociones relacionadas.
- *Negación:* intentos activos de negar u olvidar el problema, de ocultar las propias respuestas emocionales a los otros.
- *Pensamiento ilusorio:* esperar ser rescatado mágicamente de la situación estresante o que la situación desaparezca, fantaseando sobre resultados poco probables y deseando que la propia persona o la situación se transformen radicalmente.
- *Retirada:* aislarse intencionalmente, pasando el tiempo solo, eligiendo no compartir la situación estresante y las emociones provocadas por la misma con los otros.
- *Abuso de sustancias:* beber alcohol, fumar o consumir drogas ilegales teniendo como objetivo específico afrontar el estrés.

2.2.1.2 Afrontamiento emocional

Rodríguez (2013) explica que el afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones. Su función principal es regular

las emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. Si el afrontamiento tiene éxito, la persona ya no está en peligro y los motivos para la angustia emocional desaparecen. El afrontamiento también sirve para anticipar lo que puede ocurrir y de esta forma puede influir sobre los futuros estados emocionales. Al respecto, Rodríguez explica que el afrontamiento emocional se centra en las emociones, específicamente, en lo que nos decimos nosotros mismos con el fin de llevar a cabo el control de éstas; cambia nuestra manera de pensar acerca de lo que está ocurriendo, pasamos de una valoración amenazadora a otra más serena y positiva, lo cual nos permite afrontar de una manera más positiva la situación generadora de estrés.

Por su parte, Lazarus y Folkman (1986) dan a conocer algunas estrategias de afrontamiento emocional como lo son:

- **Aceptación de la responsabilidad:** reconocimiento del papel que juega la propia persona en el origen y/ o mantenimiento del problema.
- **Distanciamiento:** esfuerzos que realiza la persona por apartarse del problema evitando que éste le afecte.
- **Autocontrol:** afrontamiento activo en cuanto indica los intentos que la persona hace por controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- **Re evaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

- **Escape o evitación:** implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos; en general, apunta a desconocer el problema. Finalmente Lazarus y Folkman (1986) expresan que estas estrategias son recursos que la persona utiliza para hacer frente a situaciones generadoras de estrés.

2.2.1.3- Afrontamiento emocional en enfermería

El reconocimiento de la necesidad psicosocial ha conducido al desarrollo de intervenciones psicosociales para las pacientes con cáncer como por ejemplo: educación, psicoterapia individual, adiestramiento cognitivo-conductual e intervenciones grupales; las cuales están orientadas a reducir los sentimientos de inoportunidad, confusión, impotencia y pérdida del control al proporcionar información acerca del proceso de las enfermedades, haciendo frente a la enfermedad y utilizando los recursos disponibles. Por tanto, los servicios multidisciplinarios, en los cuales se destaca el rol de la enfermería, tienen una gran labor en las enfermedades. En este sentido, una atención basada en el conocimiento del profesional, que trata al enfermo hacia los problemas psicosociales, resulta hoy tan importante para el cuidado del enfermo como lo es el conocimiento propiamente dicho de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia

(Edwards, Hailey y Maxwell, 2008). Este interés por el afrontamiento ante el estrés y ante la enfermedad, entendida ésta como estresor, comenzó a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes del enfermo hacia la enfermedad (Leal y Jiménez, 2015).

En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante la enfermedad, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer). Ahora bien, para facilitar la adaptación al cáncer de mama, las enfermeras deben tener en cuenta los factores que podrían afectar esta adaptación e iniciar las intervenciones necesarias en estadios tempranos de la enfermedad a fin de hacer más tolerable el proceso que esta conlleva (Leal y Jiménez, 2015).

Para finalizar este apartado se podría señalar que de acuerdo a las acciones y emociones que enmarquen el afrontamiento de la situación generadora de estrés, se pueden encontrar emociones que fortalezcan la autoestima del paciente con cáncer de mama, logrando así una especie de afrontamiento motivacional para contrarrestar dicha enfermedad.

2.2.2- El Cáncer

El cáncer es una enfermedad crónica-degenerativa que consiste en el crecimiento anormal de las células, que pueden ser de dos tipos: benignas y malignas. Las primeras consisten en el desarrollo de células normales sin llegar a expandirse a otra parte del cuerpo, en cambio las segundas son reproducción de células anormales pudiendo alcanzar otros órganos (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014; Guil, Zayas, Gil, Guerrero, González y Mestre, 2016).

Esta enfermedad afecta el campo socio-sanitario, así como las vidas de las personas que la padecen, ejerciendo influencia tanto en el aspecto físico como psicológico, siendo un factor de estrés desde el momento de su diagnóstico hasta finalizar su enfermedad. En pleno siglo XXI, esta enfermedad se encuentra en el primer rango de morbilidad y mortalidad entre las mujeres españolas y según estudios de la OMS, se estima que entre 2007 y 2030 aumente las cifras de personas con cáncer a nivel mundial (Martínez et al., 2014; Guil et al., 2016).

Por su parte, Taylor (2007) explica que el cáncer es el resultado de una disfunción en el ADN, parte de la programación celular que controla el crecimiento y la reproducción de la célula. En lugar de garantizarse la producción regular y lenta de células nuevas, este mal funcionamiento del ADN hace que las células crezcan y proliferen de manera excesivamente rápida. En los seres humanos, la

regulación, crecimiento y control de las células del organismo está controlada por la información que proviene del material genético de las mismas, la cual presenta un proceso de codificación durante el periodo embrionario, su posterior decodificación significa siempre la existencia de un proceso patológico y está estrechamente relacionada con un crecimiento maligno.

El cáncer está determinado dentro de las patologías crónicas, como aparece en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); por lo tanto, desde la psicología se debe brindar un manejo adecuado para garantizar y aportar en la calidad de vida del paciente ya que sus consecuencias y tratamientos implican un cambio sustancial en su estilo de vida, comprometiendo las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. Livneh (2001) (como se citó en Robles, 2004), sostiene que, en el estudio del proceso de adaptación a una enfermedad crónica, se contemplan, por lo menos, tres variables que interactúan entre sí: 1) los eventos antecedentes presentes durante el origen de la enfermedad crónica; 2) el proceso dinámico de adaptación por sí mismo; 3) la anticipación de consecuencias psicosociales. Es por esto que los programas de intervención tras el diagnóstico son fundamentales, ya que se emplean para reducir la ansiedad y la depresión, facilitar los procesos de adaptación al cáncer, promover la adherencia al tratamiento, desarrollar estrategias eficaces en la

solución de problemas y contribuir en el mantenimiento y mejora de las relaciones interpersonales del sujeto diagnosticado.

En conclusión, se puede indicar que el cáncer es una patología que implica gran complejidad, puesto que tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la etapa de presentación, ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende (Velásquez, García, Alvarado y Ángeles, 2007). Entre los factores que inciden en el desarrollo y la calidad de vida de los individuos diagnosticados, se ubican aquellos que se desprenden de la misma enfermedad, de los tratamientos y del pronóstico. Por tanto, es válido expresar que en el proceso de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer, el aporte de la psicología, como disciplina científica, es fundamental, ya que a través de la psicooncología se realiza el diseño y aplicación de instrumentos y programas de intervención eficaces, que a su vez, han permitido establecer los factores biopsicosociales que afectan la morbilidad y mortalidad por cáncer y las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales de los pacientes, sus familiares y los profesionales de la salud.

2.2.2.1- El Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células mamarias, prevalece en las mujeres con 22,7% según datos de la OMS. Asimismo, prevén que, entre 2007-2030, aumente sus cifras de 11,3 millones a 15,5 millones. Esta enfermedad suele desarrollarse a partir de los 60 años de edad, pero existen casos excepcionales. (Martínez et al., 2014; Martin, Herrero y Echavarría, 2015; Gómez, Álvarez, Villarreal, Wegman y Mohar, 2017).

El cáncer de mama no presenta signos ni síntomas al comienzo, sino cuando se encuentra en una gran etapa de su desarrollo. La forma de conocer si una mujer padece cáncer de mama es a través del cribado, que consiste en realizar mamografías de control cada 2 años en mujeres mayores de 50 años inclusive hasta los 70 años. Este tipo de pruebas ha sido beneficioso para prevenir el desarrollo de la misma, sin exponerse a tratamientos invasivos (Martin et al., 2015).

Tras la detección de la enfermedad existen diferentes tipos de tratamiento para erradicarla, según el tipo de células, salud de la paciente y estadio en el que se encuentre. Como tratamiento de primera elección está la cirugía, conocida como lumpectomía, donde se extrae una pequeña parte del tejido. Luego, si el tumor abarca mayor región se realizaría una mastectomía, en la que se elimina al completo el tejido mamario y sus alrededores si estos estuvieran afectados.

También, existen dos tipos de terapias: *De radiación*: consiste en la inyección de alta energía en la zona afectada para extinguir las células malignas. *Hormonal*: su finalidad es prevenir que dichas células utilicen las hormonas de la mujer para su reproducción.

Por último, se puede aplicar la quimioterapia, uno de los tratamientos más potentes, debido a que se administran medicaciones muy fuertes para anular las células cancerosas del cuerpo. Este tratamiento usualmente tiene efectos secundarios como: cansancio, debilidad y pérdida del cabello.

En cuanto a las etapas de la enfermedad, estas dependen de las zonas que se encuentren afectadas, las mujeres se pueden encontrar en diferentes etapas, es decir:

1. **Estadio I**: son pequeños tumores que no alteran la zona axilar.
2. **Estadio II**: tumores de más de 2 cm, con daño moderado en la zona axilar.
3. **Estadio III**: tumores grandes, con afectación de la piel, músculo y daño máximo en la zona axilar.
4. **Estadio IV**: metástasis en otras partes del cuerpo.

Independientemente de la etapa en que se encuentre la paciente con cáncer de mama, ella puede sufrir diversos cambios que pueden influir negativamente en su salud. Al respecto, es de gran importancia el estudio de las conductas y hábitos de vida ante la enfermedad y la forma de afrontamiento de las

mismas (Jorquez, 2015). El cáncer de mama es una enfermedad que produce grandes desajustes psicológicos y emocionales en las mujeres, a causa de las incógnitas que originan el diagnóstico. Ahora bien, tras el diagnóstico es prioritario tratar los aspectos psicológicos del paciente, por tanto, para los profesionales de salud mental, la psicooncología es un tema muy importante, puesto que deben tratar diversos ámbitos como lo son: el psicológico, social, familiar y económico que provoca la enfermedad. Si bien es cierto, los aspectos psicológicos están en relación con el cáncer, antes de su aparición como después de su detección.

Este tipo de enfermedad crónica requiere de una adaptación psicológica por parte de las mujeres diagnosticadas, por todo el proceso que sufren. Asimismo, ser un paciente oncológico afecta la calidad de vida, siendo una etapa estresante, por lo que hay que realizar una evaluación de la adaptación que está ocasionando la situación, puesto que puede afectar en diversos aspectos de la persona llevando a perder el interés por las actividades diarias, sentido de la vida y crear pensamientos negativos. La paciente se vuelve más vulnerable con sentimientos de tristeza y miedo, lo cual influye en su estado fisiológico, pudiendo entrar también en un estado de depresión, ansiedad, pánico, crisis espiritual e incluso aislamiento social (Sánchez, Font y Cabra, 2016; Gómez, Ramos, Álvarez, Garza, Wegman y Mohar, 2017).

Por otra parte, para la mujer, el pecho simboliza su atractivo, sensualidad, autoestima, independientemente de la edad en la que se encuentre, por eso el cáncer de mama llega a ser una noticia tan dura de afrontar. Existen diferentes tipos de reconstrucción, por un lado, están las prótesis mamarias y por otro, está la reconstrucción instantánea después de la mastectomía, siendo un beneficio para la construcción de pensamientos positivos a pesar de no completar al 100% el bienestar de las mismas. Algunas pacientes reflejan que no llega a ser un pecho como tal, sino un pecho artificial, algo que no llega a equilibrarse con el otro pecho sano. Algunas mujeres relatan que recomendarían pasar por la reconstrucción inmediata, otras por el contrario no volverían a pasar por ello, debido a las complicaciones y al dolor sufrido en todo el proceso (López, Molina, Sirgo y Montes, 2015).

La ansiedad en las mujeres se genera a partir del cribado de mama, debido a que la sociedad idealiza la enfermedad de cáncer con la muerte, creándose pensamientos negativos sin haber obtenido unos resultados específicos del diagnóstico. Esta misma ansiedad puede continuar o desaparecer según el diagnóstico que haya sido comunicado (Cardenal y Cruzado, 2014).

Es por ello que los profesionales sanitarios tienen como objetivo en las intervenciones psicológicas ayudar al paciente a reforzar los sentimientos

positivos, a dejar atrás el aislamiento, la indefensión y abandono, así como saber afrontar el diagnóstico, el tratamiento y su posterior control.

2.2.3-Antecedentes Históricos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

La construcción del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) es oficiada el 29 de diciembre de 1962 según contrato N° 4013, con aprobación de la Contraloría bajo el N° TN Oficio III 15/63 fijando como fecha de inicio de la obra el 13 de febrero de 1963 y fecha de culminación el 13 de abril de 1966. La obra estuvo a cargo del Ingeniero Inspector Aldemaro Uzcátegui.

Este instituto se inauguró el 23 de diciembre de 1972 en el Gobierno del Dr. Rafael Caldera, siendo su Primer Director el Dr. Raúl Arellano, contando entonces con 188 médicos, 187 profesionales de enfermería y 302 auxiliares de enfermería. Hasta el año 1973, Mérida recibía atención de servicios tales como: el Sanatorio Antituberculoso Venezuela, el Hospital Del Niño, la Maternidad Mérida.

Por esta razón, la programación y estructura organizacional del IAHULA se proyecta y se inicia impartiendo la atención progresiva del usuario, sugerida por el Dr. Juan Montesina Guinari y bajo este nuevo esquema abre sus puertas a la atención de la comunidad con las Unidades de Emergencia, Cuidados Intensivos Intermedios y Mínimos, Departamentos Clínicos y Especialistas, Departamentos

de Colaboración, Diagnóstico y Terapéutica y los de Administración y Servicios Generales.

El 14 de agosto de 1995 se crea como Instituto Autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio adscrito a la Corporación de la Salud del Estado Mérida, prestando los servicios médico asistenciales que le son propios, teniendo estructura definida en la Ley de Salud del Estado Mérida (Gaceta Oficial Nº 4 extraordinario).

El IAHULA es el hospital Tipo IV con las especialidades más importantes del eje Centro-Occidental del país, instituto de Referencia Regional y Nacional; brinda atención al Estado Mérida y también a zonas aledañas como los estados Táchira, Trujillo, Barinas, Zulia y Zona Oriental del país.

En la actualidad, su capacidad arquitectónica es de 799 camas. El IAHULA está conformado por un sector “A” constituido por 5 pisos, un sector “B” constituido por una torre cilíndrica de 12 pisos y el sector “C” con 4 pisos donde funciona la Unidad Oncológica “La Flor de la Esperanza”, nivel sótano. El IAHULA se encuentra ubicado en la parte Sur-Oeste de la ciudad de Mérida, específicamente en la Avenida 16 de septiembre, sector Campo de Oro.

2.2.3.1 MISIÓN

A través de sus servicios de salud, brindar atención médica especializada, oportuna integral, con el objeto de elevar la calidad de vida de los usuarios, basada en los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad, con un equipo altamente capacitado, privilegiando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

2.2.3.2 VISIÓN

Posicionarse como un hospital de especialidades de referencia nacional e internacional, siendo un centro de docencia e investigación de acreditación mundial, disponer de la tecnología más avanzada del momento y poseedora de sistemas de control de gestión, de registros estadísticos médicos y de informatización hospitalaria, con presupuesto justo, generador de organizaciones gremiales y comunitarias con alto sentido de compromiso y pertenencia.

Prestar atención médica integral, especializada y de alta tecnología garantizando servicios de salud con criterios de calidad y accesibilidad, participando en los procesos administrativos de planificación, ejecución, control y evaluación de los programas de salud, orientando bajo convenios intersectoriales e interinstitucionales, generando el espacio idóneo para la docencia e investigación de alto nivel académico en un marco conceptual que propenda a

garantizar las bases de la creación de un hospital de especialidades en el marco del nuevo Sistema Nacional Público.

2.2.3.3 Unidad Oncológica La “Flor De La Esperanza”

Esta Unidad comenzó sus labores a partir del 26 de febrero de 2007 con las especialidades de Oncología Pediátrica, Cirugía Oncológica y oncología Médica, mediante la implementación de programas y la aplicación de protocolos basados en la mejor evidencia científica disponible, generando una excelente calidad de vida en el paciente, caracterizada por la atención integral de la persona, el costo-efectividad y el mejoramiento continuo. La Unidad Oncológica la “Flor de la Esperanza” se encuentra ubicada en el nivel sótano de IAHULA.

MISIÓN

Liderar los procesos de atención en el manejo de los pacientes con neoplasias malignas sólidas o hematológicas en dolor y cuidado paliativo, tanto en niños como en adultos, mediante la implementación de programas y la aplicación de protocolos de manejo basados en la mejor evidencia científica disponible y en el respaldo a la vida y la dignidad de la persona y de sus familiares, generando

una excelente calidad en el servicio, caracterizada por la atención integral de la persona y el mejoramiento continuo.

VISIÓN

Ser reconocidos como centro de referencia de excelencia en el occidente venezolano en el manejo de las neoplasias malignas solidas o hematológicas, en dolor y cuidado paliativo, tanto en pacientes pediátricos como en adultos.

Personal que labora en la Unidad Oncológica “La Flor De La Esperanza”

Dentro del equipo multidisciplinario que labora en esta unidad se encuentran 43 personas entre ellos: 06 médicos oncólogos, 02 físicos médicos, 05 farmacéuticos, 07 enfermeras, 02 T.S.U. en Estadísticas de salud, 10 Técnicos radiólogos, 02 secretarías, 04 camareras, 02 personal obrero.

Servicios que presta:

- Consulta de Cirugía Oncológica.
- Consulta Oncológica Pediátrica.
- Consulta de Radioterapia y Oncológica Médica.
- Aplicación de tratamiento de quimioterapia.
- Braquiterapia de alta tasa de dosis médica.

- Radioterapia externa.
- Distribución de tratamiento citostático oral.

Apertura De Historias Clínicas:

- Cirugía Oncológica.
- Oncología Médica.
- Oncología Pediátrica.
- Radioterapia y Oncológica.

Discusión y planificación de tratamiento con carácter multidisciplinario, seguimiento y control según los protocolos y atención médica de emergencias manejables por el servicio.

En la Unidad Oncológica también se llevan a cabo actividades docentes, de investigación y extensión, asimismo brinda eficacia y eficiencia en la dispensación, preparación y administración de tratamiento oncológico. Al respecto, este servicio está dividido en las siguientes áreas:

- 1.- **Área de espera:** es ocupada por los pacientes y acompañantes que esperan las consultas planificadas; es el sitio de espera de los usuarios que sean atendidos y recibirán los tratamientos de quimioterapia, radioterapias y braquiterapias.
- 2.- **Área de recepción:** allí son recibidas las tarjetas de control de los pacientes citados, y son asignadas las órdenes para realizar los exámenes requeridos para

cada paciente. Las licenciadas en Enfermería se encargan de llamar a los pacientes citados a la sala de quimioterapias, según la planificación diaria realizada por parte del equipo de salud (médico, farmacéuticos y enfermeras).

3.- Área de almacén de insumos desechables: en esta parte de la unidad se encuentran almacenados los insumos que serán utilizados en las preparaciones y aplicaciones de quimioterapias, entre las que se describen: jeringas, guantes, tapabocas, cubre botas, jelcos o catéteres intravenosos, gasas, batas quirúrgicas, tapabocas, centro de camas, alcohol, entre otros.

4.- Área de almacén de medicamentos citostáticos: destinada para la recepción de los medicamentos citostáticos orales y parenterales, el almacenamiento de los medicamentos citostáticos parenterales (refrigerados y no refrigerados), los medicamentos son distribuidos al área administrativa.

5.- Área administrativa: aquí son dispensados los medicamentos citostáticos orales. Se brinda la atención farmacéutica a los pacientes y se lleva el control de los medicamentos utilizados en los tratamientos de quimioterapia.

6.- Área de preparación de medicamentos citostáticos: esta unidad está destinada a la elaboración estéril de mezclas intravenosas de medicamentos citostáticos; está distribuida en tres áreas: blanca, gris y negra.

Para finalizar es importante dar a conocer el horario laboral de la Unidad Oncológica “La Flor de la Esperanza”, el cual se divide en matutino y vespertino.

El primero, presenta una actividad asistencial de 7:00a.m. a 1:00 p.m. de todas las especialidades en todas las subunidades, y el segundo, ofrece su actividad asistencial terapéutica y administrativa (Unidosis y Braquiterapia de alta energía) de 1:00p.m. a 7:00p.m.

2.2.1.4 Teorizante de Enfermería

Entre las teorías de enfermería, la propuesta por Rosmarie Rizzo Parse sobre la evolución humana es la que se consideró por las investigadoras como la más adecuada para abordar la temática de estudio, ya que la experiencia de la enfermedad confronta sus valores. Entre sus Metaparadigmas tenemos: **Persona:** ser abierto que elige libremente el significado de las situaciones y asume la responsabilidad de sus decisiones.

Familia: aquellas personas con las cuales se tienen relaciones estrechas.

Salud: no es una entidad lineal que puede ser interrumpida o calificada en términos como buena, mala. Salud es síntesis de valores, un modo de vida, un proceso de ser y realizar. **Entorno:** la persona como patrón y organización es distinto del patrón de la organización de su entorno. Pero el hombre y su entorno son inseparables; el ser humano elige el significado que da a las situaciones que crea. **Cuidado:** se centra en la persona como unidad vital y en la participación de

esa persona en sus experiencias de salud. La responsabilidad de la enfermera para con la sociedad es la de guiar la elección entre las distintas posibilidades en el proceso cambiante de la salud.

2.2.4- Bases legales

La presente investigación está sustentada legalmente por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999), la misma refiere, en su Capítulo V: De los Derechos Sociales y de las Familias:

Artículo 83: la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, lo que garantizará como parte del derecho a la vida. El estado desarrollará y promoverá políticas orientadas a elevar la calidad de vida... Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa... (p. 67)

Artículo 84: "... El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad..." (p. 67)

En cuanto a las relaciones de este estudio con la Ley Orgánica de Salud (1998), esta investigación se relaciona con los siguientes aspectos:

Artículo 2.- Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental. (p.1)

Artículo 12.- Para el desarrollo de las disposiciones contenidas en esta Ley, se dictarán entre otros, los reglamentos relativos a las siguientes actividades...Los servicios de promoción y conservación de la salud, saneamiento ambiental, atención médica e investigación científica y contraloría sanitaria (p.5)

Artículo 25.- La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo (p.8)

En cuanto a la vinculación del estudio con la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005), se contempla lo siguiente:

Artículo 13: Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a: Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera...Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción (p.6).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Afrontamiento: esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente

Cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo

Cáncer: es una enfermedad crónica-degenerativa que consiste en el crecimiento anormal de las células, que pueden ser de dos tipos: benignas y malignas. Las primeras consisten en el desarrollo de células normales sin llegar a expandirse a otra parte del cuerpo, en cambio las segundas son reproducción de células anormales pudiendo alcanzar otros órganos.

Cáncer de mama: es un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias.

Enfermería: es la ciencia que se encarga del cuidado de personas a través de su ciclo vital, a la familia y comunidad, además es un arte que combina compromiso ético, social y de responsabilidad ciudadana. Esta profesión se orienta a asegurar la calidad de las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción, cuidados paliativos y a morir con dignidad, de acuerdo a las necesidades de salud y el perfil epidemiológico de la población del país.

Estrategias de Afrontamiento: son recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

El carácter de medición y el procesamiento de los datos, define que el enfoque de la investigación es cuantitativo, debido a que se recolectará la información con instrumentos válidos y confiables, posteriormente se analizará la información por medio de estadística (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptiva, porque busca especificar la realidad de afrontamiento motivacional en las mujeres con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020. Es descriptiva debido a que se examinan las características del problema escogido; se eligen los temas y las fuentes apropiados; se seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos, a fin de clasificarlos por medio de tablas, gráficos e indicadores descriptivos; para interpretar los resultados obtenidos, en términos claros y precisos (Tamayo, 2009).

El estudio es un diseño no experimental, de campo y transversal. El diseño no experimental, se realiza sin manipular deliberadamente variables, en otras

palabras, no se hace variar intencionalmente las variables independientes, por lo tanto, en la investigación no experimental se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño es de campo, debido a que los datos se recogen directamente de la realidad, su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en las que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas (Tamayo, 2009). Es un diseño transversal, porque se recolectan los datos en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

www.bdigital.ula.ve

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Según Daniel (2010), la población es el conjunto finito o infinito de elementos con propiedades comunes en un lugar determinado, para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. En la investigación es el conjunto de mujeres con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020 .N = 20

Cabe destacar que, se tomó la totalidad de la población para la aplicación del instrumento, puesto que, se caracterizó por ser accesible o muestral, la cual según Arias (2006) dice que se caracteriza por la población finita de la población objetivo a la que realmente se tiene acceso y de la cual se extrae una muestra

representativa. Por lo tanto, no se realizó un muestreo para la obtención de una muestra de estudio.

3.2.2 Criterio de inclusión

Mujeres con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, que acepten participar en el estudio por medio del consentimiento informado (Anexo A).

3.2.3 Criterio de exclusión

Mujeres con cáncer de mama, que no asistan regularmente al Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

3.3. Variables y operacionalización

A través de los objetivos y tomando en cuenta el estilo del trabajo se estableció la variable pertinente al estudio que permitió localizar los aspectos de la realidad a investigar.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Objetivo General: Analizar el afrontamiento motivacional en las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020.				
Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, IAHULA.	Sociodemográfica	Características sociodemográficas	-Edad	1
			-Nivel de Instrucción	2
			-Ocupación	3
			-Procedencia	4
			-Pareja	5
			-Religión	6
			-Nivel Socioeconómico	7
			-Tipo de familia	8
Determinar la capacidad de afrontamiento que poseen las mujeres con cáncer de mama que asisten al Servicio de Oncología del IAHULA	Afrontamiento motivacional	Capacidad de afrontamiento	-Aceptación	9-12
			-Autocontrol	13-17
			-Reevaluación positiva	18-21
			-Escape y evitación	22-24
Precisar las estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama del Servicio de Oncología, IAHULA.		Estrategias de afrontamiento	-Familiar	25-27
			-Socioeconómico	28-30
			-Salud	31-33
			-Cognitivo	34-36
			-Conductual	37-40

Fuente: Méndez y Rivas, 2020

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnica

Las técnicas de recolección de datos, son definidas por Hurtado (2010) como procedimientos utilizados para obtener información, es decir el “cómo” del estudio. De allí que, la técnica seleccionada fue la encuesta, que según Hernández (2011), es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. A diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito.

3.3.2 Instrumento

Se utilizó un cuestionario; definido por Hurtado (2010) como un conjunto de ítems previamente formulados relacionados con las variables en estudio. Para la investigación se tomó en cuenta el cuestionario de afrontamiento motivacional, que puntúan en escala tipo Likert de 5 anclajes: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca y estructurado en dos partes (Anexo B). En la primera, se plantearon los ítems sobre datos sociodemográficos, en la segunda parte se determinó la capacidad y estrategias de afrontamiento.

La validez de contenido de un instrumento es el grado de lo que se pretende medir (Hernández, 2011). La validez de contenido se efectuó por el juicio de tres

(3) jueces, los cuales indicaron que el instrumento cumple con los elementos básicos para estudiar el afrontamiento motivacional.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Solicitud a la Coordinador del Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Consentimiento informado a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, las cuales fueron informados de la importancia de su participación en el mencionado estudio y que los datos que se obtengan, serán utilizados con fines científicos.
- Aplicación del instrumento de recolección de datos en cada turno con la finalidad de abordar las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que cumplan con los criterios de inclusión, para obtener la información necesaria para el análisis estadístico.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó estadística descriptiva, con tablas de distribución de frecuencias y porcentual, además de estadísticos acordes al tipo de variable estadística y se realizó utilizando el programa SPSS para Windows versión 25.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados fueron elaborados en atención a los objetivos de la investigación, al tipo de variable estadística y escala de medición, se realizaron tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, además de estadísticos descriptivos (media, mediana, desviación típica, error estándar de la media), es oportuno señalar que el procesamiento de los datos se efectuó con el programa estadístico SPSS para Windows versión 25.

Tabla 1. Edad de las mujeres con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020.

Estadísticos (N=20)	Valor
✓ Media	
✓ Error estándar de la media	2,497
✓ Mediana	52,00
✓ Desviación estándar	11,168
✓ Mínimo	32
✓ Máximo	75

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres con cáncer de mama del servicio de Oncología Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (I.A.H.U.L.A) Mérida, Febrero 2020.

En la Tabla 1 se observa en la tabla, la edad de las mujeres estuvo entre 32 y 75 años, media y desviación típica de $52,90 \pm 11,168$ años, mediana de 52 años y error estándar de la media de 2,497 años, mientras que el grupo etario fue más disperso en la investigación de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), pues las edades estuvieron comprendidas entre 18 y 70 años, aunque se consideraron

pacientes con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama, Servicio de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, 2020.

Características		Frecuencia	Porcentaje
✓ Nivel de Instrucción	Primaria	3	15,0
	Secundaria	5	25,0
	Universitario	12	60,0
✓ Ocupación	Ama de casa	7	35,0
	Técnico	1	5,0
	Profesional	12	60,0
✓ Procedencia	Mérida	6	30,0
	El Vigía	5	25,0
	Otro pueblo de Mérida	3	15,0
	Otro estado	6	30,0
✓ Pareja estable	Si	13	65,0
	No	7	35,0
✓ Religión	Católica	14	70,0
	Evangélica	4	20,0
	Otra	2	10,0
✓ Ingresos	Mas S/M	8	40,0
	Igual o menos S/M	12	60,0
✓ Tipo de familia	Extensa	8	40,0
	Nuclear	5	25,0
	Monoparental	4	20,0
	Sin hijos	2	10,0
	Unipersonal	1	5,0

Fuente: Ídem

En la Tabla 2 se observa que el 60% (n=12) de las mujeres tienen un nivel de instrucción universitario; la ocupación más común es profesional 60% (n=12); además 30% (n=6) provienen de Mérida y 30% (n=6) de otros estados; 65% (n=13) poseen pareja estable; 70% (n=14) son católicas y 40% (n=8) pertenecen a una familia extensa. Los resultados difieren con los de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), en el cual encontraron que 89.3% se agrupó en el estrato socioeconómico bajo, 75% nivel de estudios en básica primaria, 53,6% son amas de casa, 50.0% es casados y unión libre.

Tabla 3. Capacidad de afrontamiento. Dimensión aceptación.

Aceptación (N=20)	S Nº (%)	C/S Nº (%)	A/V Nº (%)	C/N Nº (%)	N Nº (%)
✓ Usted se realizaba la autoevaluación	10 (50,0)	3 (15,0)	5 (25,0)		2 (10,0)
✓ Usted acudió prontamente al tratamiento	13 (65,0)	2 (10,0)	4 (20,0)		1 (5,0)
✓ Buscó ayuda para la solución de la enfermedad diagnosticada	10 (50,0)	3 (15,0)	6 (30,0)		1 (5,0)
✓ Acepta la mastectomía si fuera necesaria	13 (65,0)	4 (20,0)		2 (10,0)	1 (5,0)
Promedio	11,5 (57,5)	3 (15)	3,7(18,7)	0,5 (2,5)	1.25 (6,25)

Fuente: Ídem

En la Tabla 3 se obtuvo que el 50% (n=10) siempre se realizaba autoevaluación, 65% (n=13) indicó que acudió prontamente al tratamiento

siempre, 50% (n=10) siempre buscó ayuda para su enfermedad, 65% (n=13) señalaron que siempre acepta la mastectomía si fuera necesaria.

Tabla 4. Capacidad de afrontamiento. Dimensión

Autocontrol	S	C/S	A/V	C/N
N=20	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
✓ Se mantuvo positiva ante el diagnóstico	12 (60,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	3 (15,0)
✓ Conserva su estado de ánimo	12 (60,0)	2 (10,0)	4 (20,0)	2 (10,0)
✓ Trato de mantener pensamientos positivos	11 (55,0)	3 (15,0)	6 (30,0)	
✓ Se siente capacitada de controlar sus emociones	6 (30,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	1 (5,0)
✓ Tiene capacidad de afrontar su nuevo aspecto físico	7 (35,0)	5 (25,0)	5 (25,0)	3 (15,0)
Promedio	9,6 (48)	3,2 (16)	5,4 (27)	1,8 (9)

Fuente: Ídem

En la Tabla 4 se obtuvo que el 60% (n=12) siempre se mantuvo positiva ante el diagnóstico, 60% (n=12) indicó que siempre conserva su estado de ánimo, 55% (n=11) siempre trata de mantener pensamientos positivos, 50% (n=12) señalaron que algunas veces acepta se sienten capacitada de controlar sus emociones, 35% (n=7) reveló que siempre tiene capacidad de afrontar su nuevo aspecto físico.

Tabla 5. Capacidad de afrontamiento. Dimensión reevaluación positiva.

Reevaluación positiva (N=20)	S Nº (%)	C/S Nº (%)	A/V Nº (%)	C/N Nº (%)	N Nº (%)
✓ Me siento preparada para afrontar la enfermedad	8 (40,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	
✓ Usted considera que el proceso que vive le deja un aprendizaje	11 (55,0)	3 (15,0)	6 (30,0)		
✓ Usted ha pensado si la situación estresante le ayuda a crecer como persona	8 (40,0)	4 (20,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	1 (5,0)
✓ Esta situación le ha ayudado a buscar un mejor estilo de vida.	11 (55,0)	5 (25,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	
Promedio	9,5(47,5)	4,75(23,7)	3,5(17,5)	2(10)	0,25(1,25)

Fuente: Ídem

En la Tabla 5 se determinó que 40% (n=8) siempre se siente preparada para afrontar la enfermedad, 55% (n=11) indicó que siempre considera que el proceso que vive le deja un aprendizaje, 40% (n=8) siempre ha pensado si la situación estresante le ayuda a crecer como persona, 55% (n=11) señalaron le ha ayudado siempre a buscar un mejor estilo de vida (actividad física, alimentación, calidad del sueño, hábitos psicobiológicos).

Tabla 6. Capacidad de afrontamiento. Dimensión escape y evitación.

Escape y evitación (N=20)	S Nº (%)	C/S Nº (%)	A/V Nº (%)	C/N Nº (%)	N Nº (%)
✓ Usted ha tomado conducta de escape al saber el diagnóstico.	2 (10,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	11 (55,0)
✓ Se mantiene bajo efectos de medicamentos para no pensar...			4 (20,0)	3 (15,0)	13 (65,0)
✓ Prefiere estar dormida que pensar en la enfermedad	1 (5,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	4 (20,0)	11 (55,0)
Promedio:	1 (5)	0,66(3,33)	3,33(16,66)	3,33(16,6)	11.6(58,3)

Fuente: Ídem

En la Tabla 6 se determinó que 55% (n=11) nunca ha tomado conducta de escape al saber el diagnóstico (fumar, beber licor, comer más y menos saludable), 65% (n=13) indicó que nunca se mantiene bajo efectos de medicamentos para no pensar en la enfermedad, 55% (n=11) nunca prefiere estar dormida que pensar en la enfermedad.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento. Apoyo dimensión familiar

Familiar (N=20)	S Nº (%)	C/S Nº (%)	A/V Nº (%)	C/N Nº (%)	N Nº (%)
✓ Usted encuentra apoyo en su familia	9 (45,0)	2 (10,0)	8 (40,0)	1 (5,0)	
✓ Su familia le acompaña en este proceso	9 (45,0)	3 (15,0)	5 (25,0)	1 (5,0)	2 (10,0)
✓ Este proceso le ayudó a reconciliarse con su apoyo familiar	8 (40,0)	2 (10,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	3 (15,0)
Promedio	8,6(43,3)	2,3(11,6)	5,6(28,3)	1,6(8,3)	1,6(8,3)

Fuente: Ídem

En la Tabla 7 se encontró que 45% (n=9) siempre encuentra apoyo en su familia, 45% (n=9) indicó que siempre su familia le acompaña en este proceso, 40% (n=8) siempre le ayudó a reconciliarse con su apoyo familiar.

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento. Dimensión apoyo socioeconómico.

Socioeconómica (N=20)	S Nº (%)	C/S Nº (%)	A/V Nº (%)	C/N Nº (%)	N Nº (%)
✓ Buscó ayuda en instituciones...	2 (10,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	5 (25,0)	3 (15,0)
✓ Buscó estructurar un presupuesto que me permita	5 (25,0)	5 (25,0)	5 (25,0)	2 (10,0)	3 (15,0)

llevar a cabo mi tratamiento					
✓ Trató de generar nuevos ingresos económicos por medio de otras actividades...	5 (25,0)	3 (15,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	2 (10,0)
Promedio	4(20)	3,6(18,3)	6(30)	3,6(18,3)	2,6(13,3)

Fuente: Ídem

En la Tabla 8 se obtuvo que 35% (n=7) algunas veces buscó ayuda en instituciones para que me brinden apoyo económico, 25% (n=5) indicó que siempre buscó estructurar un presupuesto que me permita llevar a cabo mi tratamiento, 30% (n=6) algunas veces trató de generar nuevos ingresos económicos por medio de otras actividades diferentes a las que realizó tradicionalmente.

Tabla 9. Estrategias de afrontamiento. Dimensión sistema de salud .

Salud (N=20)	S	C/S	A/V	C/N	N
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
✓ Sé a quién contactar cuando se produce una dificultad en mi proceso de recuperación	7 (35,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	1 (5,0)
✓ Mi actitud respecto a la vida ha cambiado positivamente...	6 (30,0)	3 (15,0)	4 (20,0)	4 (20,0)	3 (15,0)
✓ Tengo una buena perspectiva del cáncer y de su tratamiento	10(50,0)	3 (15,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	2 (10,0)
Promedio:	7,6(38,3)	3,33(16,6)	5(25)	2(10)	2(10)

Fuente: Ídem

En la Tabla 9 se halló que 35% (n=7) siempre sabe a quién contactar cuando se produce una dificultad en su proceso de recuperación, 30% (n=6) indicó que siempre tienen actitud respecto a la vida ha cambiado positivamente después de enterarme de mi enfermedad, 50% (n=10) siempre tiene una buena perspectiva del cáncer y de su tratamiento.

En la Tabla 10 se observa que 35% (n=7) siempre puede hablar de mi cáncer con mi familia y mis amigos, 45% (n=9) indicó que siempre está intentando sacar el máximo partido a mi vida actual, 40% (n=8) siempre sabe cómo hablar con otras personas sobre el cáncer.

Tabla 10. Estrategias de afrontamiento. Dimensión cognitiva.

Cognitiva (N=20)	S Nº (%)	C/S Nº (%)	A/V Nº (%)	C/N Nº (%)	N Nº (%)
✓ Puedo hablar de mi cáncer con mi familia y mis amigos	7 (35,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	5 (25,0)	1 (5,0)
✓ Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	9 (45,0)	4 (20,0)	6 (30,0)		1 (5,0)
✓ Sé cómo hablar con otras personas sobre el cáncer	8 (40,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	3 (15,0)
Promedio	8 (40)	3,33(16,6)	4,3(21,6)	4,3(13,3)	1,6(8,3)

Fuente: Ídem

A continuación en la Tabla 11 se observa que 30% (n=6) algunas veces se siente muy afligida cuando presento dolor por mi enfermedad, 30% (n=6) indicó que casi nunca le genera ansiedad cuando los que están a mi alrededor conversan sobre el cáncer, 35% (n=7) nunca considera que el cáncer es una fatalidad arbitraria, impuesta contra nuestra voluntad.

Tabla 11. Estrategias de afrontamiento. Dimensión conductual.

Conductual	S	C/S	A/V	C/N	N
------------	---	-----	-----	-----	---

(N=20)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	5Nº (%)
✓ Me siento muy afligida cuando presento dolor...	3 (15,0)	1 (5,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	4 (20,0)
✓ Me genera ansiedad cuando los que están a mi alrededor conversan sobre el cáncer	2 (10,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	6 (30,0)	6 (30,0)
✓ Trato de motivar cuando estoy con alguien que sufre un duelo...	9 (45,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	3 (15,0)
✓ El cáncer es una fatalidad arbitraria, impuesta contra nuestra voluntad	4 (20,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	7 (35,0)
Promedio	4,5(22,5)	3 (15)	2,5(12,5)	5,5(25)	5(25)

Fuente: Ídem

Tabla 12. Nivel de la capacidad de afrontamiento.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
✓ Bajo	9	45,0
✓ Medio	11	55,0
✓ Total	20	100,0

Fuente: Ídem

En la Tabla 12 se presenta el promedio porcentual de la calificación en la escala Likert, para ello se estableció una escala de puntuación alto, medio y bajo; el 45% (n=9) de las mujeres tienen una capacidad de afrontamiento bajo y 55% (n=11) un nivel medio.

Tabla 13. Nivel de las estrategias de afrontamiento.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	10,0
Medio	17	85,0
Alto	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: Ídem

En la Tabla 13 se determinó que 10% (n=2) de los pacientes tienen un nivel bajo en estrategias de afrontamiento, 85% (n=17) un nivel medio y 5% (n=1) en nivel alto.

Tabla 14. Nivel de Afrontamiento general.

Nivel de Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	25,0
Medio	15	75,0
Total	20	100,0

Fuente: Ídem

En la Tabla 14 se observa que 25% (n=5) tiene un nivel de afrontamiento general bajo y 75% (n=15) se encuentra en un nivel medio de afrontamiento. Resultados que difieren con el estudio de Ojeda-Soto y Martínez-Julca (2012) en el que se encontró que 25,7% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tuvo un buen afrontamiento, lo que es similar a Candelaria, Montiel, Guerra y Vizcaíno (2015) quienes identificaron que el 50% de las pacientes presentan niveles medios de bienestar emocional.

Cabe señalar que las investigaciones anteriores presentan ciertas similitudes y diferencias respecto al presente estudio, ya que están relacionadas con el cáncer de mama y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes para contrarrestar dicha enfermedad. Al respecto, Ojeda-Soto y Martínez-Julca (2012) al igual que Leal y Jiménez (2015) coinciden con el presente estudio en cuanto a la importancia que tiene el personal de enfermería para brindar y aplicar estrategias que favorezcan el mejor afrontamiento por parte de las mujeres con cáncer de mama. En cuanto a las diferencias, se encuentra el estudio de Candelaria et al. (2015) quienes diseñaron un Programa Psicoeducativo para el afrontamiento efectivo del cáncer de mama no metastásico. En tal sentido, el

presente estudio no aplicó un programa psicoeducativo, pero se asemeja en cuanto a algunos resultados como el predominio de un afrontamiento centrado en la emoción.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las condiciones sociodemográficas más comunes en la investigación muestran que la edad promedio fue de 52,90 años, más de la mitad de las mujeres indicaron nivel de instrucción universitario; son profesionales; con pareja estable; católicas, con ingresos menor o igual al sueldo mínimo.

En la capacidad de afrontamiento se determinó que el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas evidenciaron un nivel medio, lo cual les permite sobrellevar el proceso de su enfermedad con mayor fortaleza y con pensamientos positivos que favorecieran su recuperación.

En las estrategias de afrontamiento se determinó que el mayor porcentaje de las pacientes tienen un nivel medio.

El nivel de afrontamiento de las mujeres encuestadas fue medio en un alto porcentaje.

RECOMENDACIONES

Elaborar un programa educativo que contemple la búsqueda de aumentar la capacidad de afrontamiento y generar estrategias de afrontamiento.

Proponer a las autoridades institucionales la aplicación del programa de promoción educativo elaborado.

Realizar una investigación con una muestra de pacientes más grande, que permita observar si los resultados son similares.

Realizar una investigación de tipo cualitativo. De manera que se pueda tener un contacto más cercano a través de las entrevistas y tener la observación directa de como se expresen e involucrando la pareja y la familia.

REFERENCIAS

- Arrogante, O. (2016). Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 19(10), 71-76.
- Asociación Española Contra el Cáncer (2020). Cáncer de mama. Recuperado de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>.
- Asociación Médica Mundial (2017) Declaración de Helsinki. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barragán, J. y Almanza, G. (2014). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichán*, 13 (3), 322-335. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972013000300002&lng=en.
- Cabrera, G. (2004). Cáncer de mama. Impacto social. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942004000100001
- Candelaria, N., Montiel, V., Guerra, V. y Vizcaíno, A. (2015). Programa Psicoeducativo para el afrontamiento efectivo en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad (Tesis de Pregrado). Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Cardenal, C. y Cruzado, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y malestar emocional en mujeres con resultados dudosos en su mamografía de cribado. *Psicooncología*, 11(2-3), 285 – 299. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.V11.N2-3.47389

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 36860 (Extraordinario), Diciembre 30, 1999
- Cruikshank, S. Kennedy, C. Lockhart, K. Dosser, I. y Dallas, L. (2008). Enfermeras especialistas en la atención de la mama para la atención de apoyo a mujeres con cáncer de mama. Recuperado de https://www.cochrane.org/es/CD005634/BREASTCA_enfermeras-especialistas-en-la-atencion-de-la-mama-para-la-atencion-de-apoyo-mujeres-con-cancer-de
- Daniel, W. (2010). Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud (4a. Ed.). México D. F.: Limusa Wiley.
- Edwards, A., Hailey, S. y Maxwell, M. (2008). Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico. Recuperado de https://www.Cochrane.org/es/CD004253/BREASTCA_intervencionespsicologicas-para-mujeres-con-cancer-de-mama-metastasico.
- Fernández M. (2016). Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: un abordaje psicodinámico (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. PSICOLOGÍA DESDE EL CARIBE, s/i(20) 50 – 75.
- Gómez, L., Álvarez, M., Villarreal, C., Wegman, T. y Mohar, A. (2017). Breast cancer genetics in young women: What do we know? Mutation Research - Reviews in Mutation Research 774(s/n), 33 -45. Recuperado de <https://mdanderson.elsevierpure.com/en/publications/breast-cancer-genetics-in-young-women-what-do-we-know>

- Guil, R., Zayas, A., Gil, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mamá. *Psicooncología*, 13(1), 127 – 138. Recuperado de <http://weba.ebscohost.com/accedys2.bbtk.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=06154334-95bf-443a-b8d0-46ffe99738d0%40sessionmgr4009>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a. Ed.) México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hernández, R. (2011). *Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas*. Mérida: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes.
- Hurtado, J. (2010). *El proyecto de investigación: metodología de la investigación holística* (6a. Ed.). Caracas: Ediciones Quirón.
- Izacaz, N. (2018). Cambios genéticos y factores de riesgo del cáncer. Recuperado de: <http://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/cancer-cambios-geneticos-factores-riesgo>
- Jorquez, I. (2015). Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama (Tesis de doctorado), Universitat de València, Valencia, España.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos: Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Leal, C. y Jiménez, M. (2015). Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *Nure Inv.* 12(77), 1-18. Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675>

- Ley del Ejercicio del Profesional de la Enfermería (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. No.38263, Septiembre 1, 2005.
- Ley Orgánica de Salud (1998). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. No.36579, Noviembre 11, 1998.
- López, M., Molina, I., Sirgo, A. y Montes, M. (2015). Reconstrucción inmediata en cáncer de mama. ¿Las mujeres están satisfechas con su decisión? *Psicooncología*, 12(2) doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51017
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), S/N.
- Martín, M., Herrero, A. y Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191 (773), 234 – 239.
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O. y Alvarado A. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58. Recuperado de https://www.researchgate.net/Profile/Aime_Martinez/publication/279205322_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/5590a79308aed6ec4bf6698c.pdf
- Martínez, C. (2008). *Estadística y muestreo* (12da. Ed.). Bogotá: ECOE Ediciones.
- Ojeda-Soto, S. y Martínez-Julca, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana*, 5(8), 89-96.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- París, L. y Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19 (2), 167-175.

- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Bogotá, Colombia: Thomson.
- Rodríguez, I. (2013). El afrontamiento y la autorregulación de las emociones. Recuperado de <https://es.slideshare.net/Psicolala/el-afrontamiento-y-la-autorregulacin-de-las-emociones-22603285>
- Sánchez, L., Font, A. y Cabra, L. (2016). Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psicooncológica basada en el counselling y la psicología positiva basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología*, 13(2-3), 205 – 225. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794451>
- Sarra, J., Lari, F., Gamarro, Y., Tortosa, S., Ayarza, G., Torres A. y Marsal, L. (2018). Cuidados de enfermería a pacientes con cáncer. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-pacientes-cancer-mama/>
- Serrano, M. (2018). Cáncer. Recuperado de <https://slideplayer.es/slide/11923005/>
- Sociedad Americana de Oncología Clínica (2017). Tipos de cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/sarcoma-de-tejido-blando/introducci%C3%B3n>
- Tamayo, M. (2009). El proceso de la investigación científica (5a. Ed.). México D.F.: Limusa.
- Taylor, S. (2007). Psicología de la salud. Bogotá, Colombia: McGraw Hill.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona: Masson.
- Vásquez C. (2012). Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Tesis de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- Velásquez, A., García, M., Alvarado, S. y Ángeles, J. (2007). Cáncer y Psicología. Recuperado de:

http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol6num3mayjun2007/gaMo03_2007_artorig03.pdf

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor (a):

El presente instrumento, se ha elaborado con la finalidad de recopilar los datos necesarios para el desarrollo del trabajo especial de grado intitulado: **“AFRONTAMIENTO MOTIVACIONAL EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA, SERVICIO DE ONCOLOGÍA, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, MÉRIDA, 2020”**. Dichos datos serán utilizados con fines científicos y será presentado como requisito indispensable para optar al título de **Licenciado en Enfermería**.

Agradeciendo de antemano la sinceridad de los datos aportados, ya que los mismos son de carácter anónimo, lo que garantizará la confidencialidad de los mismos, con base a lo establecido en el **Código Deontológico del Profesional de Enfermería**, englobando las consideraciones éticas pertinentes para la aplicación, desarrollo, análisis y divulgación de los datos obtenidos a través de la investigación.

Atentamente;

Las investigadoras: Méndez Idalia y Rivas Betania

Por lo antes expuesto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que los datos aportados a través del llenado sistemático de dicho instrumento sean utilizados con fines científicos y académicos.

Firma: _____

Fecha: _____

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE AFRONTAMIENTO MOTIVACIONAL

INSTRUCCIÓN GENERAL: Complete la información solicitada.

PARTE I: Datos sociodemográficos

1) Edad:	_____ años
2) Nivel de instrucción:	Primaria _____ Secundaria _____ Universitario _____
3) Ocupación:	Ama de casa _____ Obrero _____ Técnico _____ Profesional _____
4) Procedencia:	Mérida _____ El Vigía _____ Otra _____
5) Tiene pareja estable:	Si _____ No _____
6) Religión:	Católica _____ Evangélica _____ Otra _____
7) Nivel Socioeconómico:	Alto _____ Medio _____ Bajo _____
8) Tipo de familia:	Extensa _____ Nuclear _____ Monoparental _____ Sin hijos _____ Unipersonal _____

PARTE II CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO Y ESTRATEGIAS

Instrucción: Marque con una equis (X) la opción que considere, siendo S=Siempre, CS=Casi siempre, AV=Algunas veces, CN=Casi nunca, N=Nunca

Capacidad de afrontamiento					
Aceptación	S	CS	AV	CN	N
9. Usted se realizaba la autoevaluación					
10. Usted acudió prontamente al tratamiento					
11. Buscó ayuda para la solución de la enfermedad diagnosticada					
12. Acepta la mastectomía si fuera necesaria					
Autocontrol					
13. Se mantuvo positiva ante el diagnóstico					
14. Conserva su estado de ánimo					
15. Trato de mantener pensamientos positivos					
16. Se siente capacitada de controlar sus emociones					
17. Tiene capacidad de afrontar su nuevo aspecto físico					
Reevaluación positiva					
18. Me siento preparada para afrontar la enfermedad					
19. Usted considera que el proceso que vive le deja un aprendizaje					
20. Usted ha pensado si la situación estresante le ayuda a					

crecer como persona					
21. Esta situación le ha ayudado a buscar un mejor estilo de vida (actividad física, alimentación, calidad del sueño, hábitos psicobiológicos)					
Escape y evitación					
22. Usted ha tomado conducta de escape al saber el diagnóstico (fumar, beber licor, comer más y menos saludable)					
23. Se mantiene bajo efectos de medicamentos para no pensar en la enfermedad					
24. Prefiere estar dormida que pensar en la enfermedad					

Estrategias de afrontamiento					
Familiar	S	CS	AV	CN	N
25. Usted encuentra apoyo en su familia					
26. Su familia le acompaña en este proceso					
27. Este proceso le ayudó a reconciliarse con su apoyo familiar					
Socioeconómico					
28. Busco ayuda en instituciones para que me brinden apoyo económico					
29. Busco estructurar un presupuesto que me permita llevar a cabo mi tratamiento					
30. Trato de generar nuevos ingresos económicos por medio de otras actividades diferentes a las que realizo tradicionalmente					
Salud					
31. Sé a quién contactar cuando se produce una dificultad en mi proceso de recuperación					
32. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado positivamente después de enterarme de mi enfermedad					
33. Tengo una buena perspectiva del cáncer y de su tratamiento					
Cognitivo					
34. Puedo hablar de mi cáncer con mi familia y mis amigos					
35. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual					
36. Sé cómo hablar con otras personas sobre el cáncer					

Conductual					
37. Me siento muy afligida cuando presento dolor por mi enfermedad					
38. Me genera ansiedad cuando los que están a mi alrededor conversan sobre el cáncer					
39. Trato de motivar cuando estoy con alguien que sufre un duelo por la enfermedad					
40. El cáncer es una fatalidad arbitraria, impuesta contra nuestra voluntad					

www.bdigital.ula.ve