

AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA: PENSAMIENTOS, CONDUCTAS Y REACCIONES EMOCIONALES

Antoni Font y André Cardoso

Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología

Resumen

El objetivo de la presente investigación ha sido obtener información básica sobre cómo reaccionan ante su enfermedad las pacientes de cáncer de mama y analizar la posible existencia de relaciones entre diferentes niveles o formas de afrontamiento: cogniciones, conductas y respuestas emocionales. A través de los datos obtenidos de 189 pacientes, se ha realizado un análisis descriptivo y de componentes principales con rotación varimax sobre qué hacen, qué piensan y cómo se sienten las pacientes ante sus problemas de salud. Se obtuvo una estructura de dos factores que denominamos "afrontamiento centrado en uno mismo" y "afrontamiento implicando a los demás" que explicaban un 32,45% de la varianza. Los resultados indican que en situación de enfermedad crónica, la persona se enfrenta a sus problemas de salud mediante formas variadas de afrontamiento, no excluyentes entre sí. Por ejemplo, una misma persona puede tender a comunicarse pero también puede disimular muchas cosas en relación a sus preocupaciones por su salud; o hablar mucho con unas personas y disimular mucho con otras, etc. Los resultados son coherentes con la teoría general del afrontamiento de Lazarus y, en parte, con los estilos propuestos por Moos y colaboradores en el campo de la salud.

Palabras clave: Cáncer de mama, estrategias de afrontamiento, análisis factorial, modelos.

Abstract

The objective of this research has been to obtain basic information about how patients cope with the disease and analyse the possible existence of relations between different ways of coping with illness: cognitive, behaviours and emotional responses. Descriptive analysis and principal components analysis with varimax rotation was performed on a sample of 189 breast cancer women. A two-factor solution emerged explaining 32.45% of variance characterized by "coping focused on oneself" and "coping involving others". The results indicate that in a situation of chronic illness, the person faces their health problems through various forms of coping, not mutually exclusive. For example, one person may tend to communicate but also can conceal many things in relation to their concerns for his health, or talk a lot with some people and conceal much with others, etc. The results are consistent with the general Lazarus' theory of coping and partly with the by Moos and colleagues proposed coping styles in the field of the health.

Key words: Breast cancer, coping strategies, factor analysis, theoretical models.

Correspondencia:

Antoni Font
Universidad Autónoma de Barcelona
Laboratorio de Psicología Oncológica. Facultad de Psicología.
Apartado de correos 29
08193 Cerdanyola del Vallés (Bellaterra). Barcelona.
E-mail: Antoni.Font@uab.cat

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una enfermedad paradigmática para el estudio de la adaptación humana ante los problemas de salud⁽¹⁾. El cáncer de mama es una enfermedad especialmente adecuada para el estudio del afrontamiento, desde un punto de vista teórico y empírico, tanto por el número de personas afectadas (el más frecuente entre las mujeres) como por tendencia cada vez mayor a convertirse, en parte gracias a los avances biomédicos, en una enfermedad crónica de muy larga evolución⁽²⁾. Pero a pesar de los progresos en el control de esta enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y recuperación de cáncer de mama siguen configurando situaciones potencialmente muy estresantes. El estudio de los aspectos psicológicos del cáncer de mama y su tratamiento, han tenido un amplio desarrollo en la investigación psicooncológica, lo que ha permitido entender el impacto en la vida de los pacientes y sus familias, desarrollar intervenciones para disminuir el estrés y la ansiedad, mejorar la calidad de vida, y formular posibles relaciones entre factores psicológicos y biológicos en el progreso de la enfermedad. El afrontamiento es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes en situaciones médica mente equivalentes. Las pacientes se enfrentan a una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia muy estresantes⁽³⁾. Desde las pruebas exploratorias y la espera de resultados, al diagnóstico de extensión, la valoración de tratamientos a seguir, la intervención quirúrgica con la correspondiente hospitalización, los tratamientos complementarios como la radioterapia y/o la quimioterapia, los controles periódicos durante la fase de

intervalo libre de enfermedad, el tratamiento de la recidiva y/o metástasis, el manejo de las situaciones avanzadas de enfermedad hasta, en numerosos casos, el proceso de enfermedad avanzada y terminal.

Para Lazarus y Folkman^(4,6) el afrontamiento puede definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona. Conceptualmente se ha diferenciado entre afrontamiento centrado en el problema y centrado en las consecuencias emocionales: los esfuerzos para modificar la fuente de estrés en el entorno o para aliviar el estrés emocional personal inducido por el estrés. El afrontamiento centrado en la emoción implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, el escape-avitación o la reevaluación positiva. El afrontamiento centrado en el problema es el intento de cambiar la situación, e incluye estrategias como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, y planificación en la solución de problemas⁽⁷⁾. Otra taxonomía para diferenciar formas principales de afrontamiento ha consistido en distinguir entre afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo (activo, vigilancia, sensibilización, atención) vs afrontamiento centrado en la evitación (pasivo, retirada, evitación cognitiva)^(8,9). Estas dos formas de afrontamiento han sido consideradas inicialmente como extremos de una sola dimensión bipolar⁽⁸⁾. Más recientemente, sin embargo, estas estrategias han sido evaluadas como dos dimensiones unipolares independientes. En ambos casos el afrontamiento implica la orientación y la actividad de la persona en respuesta

a un estresor^(9,10). La persona estresada puede intentar activamente alterar o eliminar la fuente del estrés (enfoque en el problema) o evitar el problema estresante (enfoque en la evitación). El afrontamiento centrado en el problema incluye estrategias cognitivas como comparaciones optimistas, o conductuales como el intento de resolución de problemas, mientras que las estrategias de afrontamiento de evitación consisten fundamentalmente en la negación (cognitiva) y/o la conducta de retirada respecto al problema⁽¹¹⁾.

Otra conceptualización reciente del afrontamiento opta por un enfoque evolutivo de las estrategias de afrontamiento, distinguiendo entre las dimensiones de compromiso, separación y de búsqueda de ayuda^(12,14), que se corresponderían con las reacciones elementales cuando hay amenaza: la fijación de la atención y la actuación ante estresores superables, la evitación de estresores insuperables y el buscar ayuda en los demás cuando los recursos propios no resultan suficientes. El compromiso incluye la construcción de una serie de maniobras, tradicionalmente centradas en el problema o estrategias encaminadas a actuar sobre la amenaza, integrando la experiencia anterior con el fin de promover los resultados probables de cada una de ellas, en la toma de decisiones, en la preparación de la acción y de ejecución temporalmente estructurada en la meta dirigida la acción. Por el contrario la dimensión de estrategias de separación se refiere a todos los esfuerzos de afrontamiento (conductuales y cognitivos) para mantener la distancia frente a un estresor. Los esfuerzos conductuales de afrontamiento serían más útiles para controlar el estrés, mientras que los esfuerzos psicológicos cognitivos lo serían para el control de las consecuencias emocionales. El éxito del

afrontamiento dependería de la capacidad individual para identificar las demandas cambiantes de una situación a medida que evoluciona y de emplear la estrategia de afrontamiento adecuada a cada momento⁽¹⁵⁾.

Por su parte, Moos y Schaefer^(11,16) consideran también la posibilidad de distinguir entre afrontamiento como disposición estable (estilo de afrontamiento) y afrontamiento contextual, más transitorio y basado en respuestas concretas ante estresores específicos (respuesta de afrontamiento)⁽¹⁷⁾. El primer caso se refiere a disposiciones (estables y relacionadas con características de personalidad) para responder; el segundo a una respuesta variable que se activa ante determinados cambios del entorno^(18,20). Desde este punto de vista, el afrontamiento debería conceptualizarse como un proceso que abarca tanto factores personales duraderos como factores situacionales y variables, precursores de los esfuerzos de afrontamiento en situaciones concretas.

Combinando el nivel o tipo de afrontamiento (cognitivo, conductual) y la morfología (enfocado al problema, evitación)⁽⁹⁾ resultarían cuatro categorías básicas de afrontamiento: (a) enfoque cognitivo al problema: estrategias como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, el análisis lógico, la búsqueda de significado y/o la reevaluación positiva; (b) enfoque conductual al problema: estrategias como la búsqueda de información, orientación y apoyo y tomar medidas concretas para tratar directamente con una situación; (c) la evitación cognitiva: estrategias que reflejan la negación y/o la aceptación resignada de la situación, y (d) evitación de conducta: no hacer nada para solucionar el problema, utilizar sólo estrategias de descarga emocional, o buscar recompensas alternativas a la situación. Por su

parte, Moos^(9,16) ha desarrollado un modelo de afrontamiento a la enfermedad crónica de ocho categorías que abarcan los tipos más comunes de estrategias de afrontamiento: Análisis lógico y búsqueda de significado, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y orientación, resolución del problema, cognición evitativa o negación, aceptación o resignación, busca de recompensas alternativas y descarga emocional. No obstante, las estrategias teóricamente diferenciables, difícilmente se utilizarían de manera claramente separada en la realidad de cada paciente. Por ejemplo, una persona con una enfermedad crónica puede solicitar información acerca de un pronóstico con un médico mostrándose calmado y sereno, y puede hablar abiertamente sobre la ira y la desesperación con un amigo. De hecho en situación de enfermedad la persona se enfrenta a tal variedad de tareas que requerirían una combinación o secuencia de estrategias de afrontamiento^(9,16).

Así pues, el estudio del afrontamiento conlleva diversidad conceptual y de modelos, y pese al avance de los planteamientos teóricos, suelen aparecer dificultades a nivel empírico a la hora de explicar la diversidad respuestas humanas a la adversidad. Se observan diferencias entre los estudios a nivel de taxonomías y dimensiones del afrontamiento. No existe consenso sobre cuantas estrategias de afrontamiento hay que diferenciar, por qué estas y no otras, bajo qué circunstancias se utilizan, qué función tienen, cómo interactúan entre sí y con los sistemas más amplios de comportamiento, etc.⁽¹³⁾. Por otra parte, los investigadores han utilizado nombres diferentes para referirse a lo que parece ser la misma estrategia, mientras que otros han utilizado el mismo nombre para hacer referencia dos estrategias de afrontamiento distintas⁽²¹⁾.

En el caso del afrontamiento al cáncer de mama se han utilizado diversos instrumentos, como el COPE⁽²²⁾, el "The Ways of Coping Checklist"^(4,5), o el "The Coping Strategies Inventory"⁽²³⁾. De hecho, estas escalas fueron diseñadas originalmente como medidas generales de afrontamiento, pero también se han utilizado en los estudios de hacer frente con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama^(24,26). Por su parte, Stanton⁽²⁷⁾ informó sobre una medida de enfoque emocional para el afrontamiento (los intentos activos de reconocer, comprender y expresar emociones) en pacientes con cáncer de mama. Nelson⁽²⁸⁾ evaluó mediante escalas específicas tres aspectos de afrontamiento: el espíritu de lucha (la creencia en la capacidad de luchar y recuperarse del cáncer), la conducta de buscar información, y la negación. "The Courtauld Emotional Control Scale" se ha utilizado para medir la expresión emocional y el ajuste mental al cáncer y también se ha utilizado para medir el espíritu de lucha, la negación, y el fatalismo⁽²⁹⁾. El "Responses to Stress Questionnaire-cancer version" (RSQ-CV)⁽³⁰⁾ también ha sido utilizado para evaluar el afrontamiento a las respuestas al estrés del cáncer de mama. A nivel empírico resulta posible encontrar instrumentos de afrontamiento con una estructura factorial y una taxonomía diferentes de una muestra a otra, y algunos de los cuestionarios de afrontamiento más ampliamente utilizados tienen problemas al nivel psicométrico^(30,31).

Ante esta situación, podría parecer adecuado volver a considerar los planteamientos iniciales de estudio del afrontamiento y quizás intentar obtener información empírica básica, previa a los desarrollos teóricos que se pretenden confirmar mediante modelos psicométricos más elaborados. Esta información podría facilitar o sugerir nuevos enfoques del

problema y/o ser útil para apoyar modelos desarrollados desde planteamientos teóricos y/o empíricos diferentes.

El objetivo de la presente investigación ha sido pues obtener información inicial sobre cómo reaccionan las pacientes ante su enfermedad y analizar posible existencia de relaciones entre diferentes formas de afrontarla. En primer lugar, queremos obtener información a cerca de que piensan, que conductas realizan y que reacciones emocionales muestran las pacientes ante su problema de salud (en el momento que tienen el problema, cuando se encuentran en el hospital). Posteriormente analizaremos posibles relaciones entre las diversas formas de afrontamiento (acciones, pensamientos y respuestas emocionales). Finalmente intentaremos integrar los resultados observados con modelos teóricos relacionados.

MÉTODO

Sujetos

De 220 pacientes con cáncer de mama requeridas, 215 aceptaron participar en el estudio. El cuestionario sobre estrategias de afrontamiento a los problemas de la salud resultó comprensible y pudo ser contestado por 189 pacientes del hospital de San Pablo de Barcelona, que se encontraban en una de las siguientes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento complementario, intervalo libre, fase de recidiva y fase de enfermedad avanzada. Los criterios de inclusión fueron haber sido diagnosticado de cáncer de mama con tumor primario, estar en una fase de la enfermedad conocida, ser mayor de edad y consentir en participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron deterioro cognitivo que impedía comprender y/o responder las preguntas, enfermos con antecedentes psi-

quiátricos, menores de edad, enfermos analfabetos o sin estudios primarios, y pacientes pendientes de confirmación de diagnóstico de extensión.

La edad media de las pacientes fue de 53 años ($SD = 10,7$, rango entre 30 y 77 años). 14 pacientes se encontraban en fase de diagnóstico, 50 en fase de tratamiento complementario, 37 en intervalo libre, 39 en fase de tratamiento de la recidiva y 49 en fase de enfermedad avanzada (ver tabla 1).

Procedimiento

Las pacientes fueron entrevistadas individualmente, en el marco de una investigación más amplia⁽³²⁾, el día que acudían al oncólogo en función de diferentes motivos, según la fase de enfermedad en que se encontraban. El momento de la entrevista coincidía con la situación de espera para ser atendidas en el hospital por su problema de salud (espera del tratamiento y/o de la visita médica).

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario específico para conocer desde el punto de vista de las pacientes, cómo reaccionan ante su problema de la salud (ver anexo). Los 25 ítems que componen el cuestionario que denominamos PCE (de pensamientos, conductas, emociones) recogen posibilidades de afrontamiento desarrolladas a partir de la revisión teórica previamente realizada. A la formulación general de qué suelo hacer actualmente ante los problemas de salud, se ofrecen cuatro posibilidades de respuesta: "nunca", "a veces", "con frecuencia" y "siempre". Las preguntas se referían a: a) Pensamientos en relación a la enfermedad, como por ejemplo: "Intento no pensar en ello, pienso en otras cosas"; "pienso: tengo que prepararme para co-

Tabla 1. Características de las pacientes (N= 189)

	n	%
Tratamientos quirúrgicos recibidos:		
Ninguno	14	7,4
Tumorectomía	18	9,5
Mastectomía	130	68,8
Mastectomía Bilateral	5	2,6
Tumorectomía y Mastectomía	5	2,6
Posterior a otro tratamiento	17	9,0
Situación médica actual:		
En fase de diagnóstico	14	7,4
Tratamiento complementario con quimioterapia	23	12,2
Tratamiento complementario con radioterapia	11	5,8
Tratamiento complementario hormonal	13	6,9
Intervalo libre	37	19,6
Tratamiento recidiva con quimioterapia	14	7,4
Tratamiento recidiva con hormonoterapia	22	11,6
Fase avanzada con quimioterapia	26	13,8
Fase avanzada con hormonoterapia	22	11,6
Otras combinaciones de tratamiento	7	3,7

sas peores". b) Conductas a cerca de la enfermedad como: "Busco información sobre lo que me pasa"; "Busco ayuda en otras personas". O c) Reacciones emocionales ante la enfermedad, por ejemplo: "Me desespero"; "me siento culpable de lo que me pasa". Los datos biomédicos y sociodemográficos fueron obtenidos a partir de la historia clínica. Todos los datos se recogieron y analizaron de manera anónima.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0. La descripción del uso de formas de afrontamiento se indica mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis correlacional se ha calculado el coeficiente

de Pearson y considerado niveles de significación iguales o superiores a .05. Para el estudio de la estructura factorial de las respuestas al cuestionario sobre afrontamiento se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax. Para determinar el número de factores a extraer se establecieron los siguientes criterios: autovalores superiores a 1, comparación de los porcentajes de varianza asociados a cada autovalor, análisis del patrón de decremento del gráfico de sedimentación y valores de las comunidades de los ítems reproducidas por la solución factorial. Para retener un ítem en un factor se fijó el criterio de presentar cargas factoriales iguales o mayores que 0,30. La consistencia interna de las subescalas se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

En las tablas de 2 a 4 se indican la frecuencia de respuestas dadas por las pacientes ante las estrategias de afrontamiento propuestas. Como se puede observar en la tabla 2, a nivel de conductas las estrategias más empleadas son “cumplir exactamente las prescripciones médicas” e “ir al médico inmediatamente”. Aproximadamente la mitad de las pacientes nunca utilizan la estrategia de “buscar información”, “buscar ayuda en otras personas” o reconfortarse con la comida o la bebida (indican la alternativa “nunca” el 46,6%, el 47,3% y el 50,3% respectivamente). La menos utilizada (el 67,9% nunca la utilizan) es “disfrutar con algunos aspectos positivos”, como poder hablar con los médicos.

A nivel de pensamientos (tabla 3) predominan las estrategias de intentar

superarlo uno mismo (el 43,9% de la muestra la utiliza siempre), intentar no pensar en la enfermedad (31,2%) o pensar que el problema ya pasará (26,6%). Las menos utilizadas serían “pensar en algún aspecto positivo” (nunca lo piensan el 65,4% de la muestra) y buscar un sentido a la enfermedad (58,7%).

Respecto a las reacciones emocionales ante el problema de salud (tabla 4), las más frecuentes son “resignarse” (el 52,4% de la muestra lo intenta siempre) y “hablar del problema con un familiar o amigo” (siempre lo intentan el 49,2%). Las menos utilizadas son “sentirse culpable”, el 85,9%, de la muestra indica que nunca se siente culpable ante su problema de salud (la reacción menos utilizada) y “hacer bromas o ironizar sobre la situación”: la mitad de la muestra indica que no reacciona nunca de esta manera.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las conductas relacionadas con el problema de salud

Estrategias	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Buscar información	88 (46,6%)	35 (18,5%)	19 (10,1%)	47 (24,9%)	189
Buscar ayuda en otras personas	89 (47,3%)	50 (26,6%)	16 (8,5%)	33 (17,6%)	188
Solucionar los problemas uno mismo	46 (24,3%)	44 (23,3%)	27 (14,3%)	72 (38,1%)	189
Ir al médico inmediatamente	43 (22,8%)	41 (21,7%)	21 (11,1%)	84 (44,4%)	189
Distraerse	37 (19,9%)	29 (15,6%)	53 (28,5%)	67 (36,0%)	186
Cumplir exactamente las prescripciones médicas	2 (1,1%)	10 (5,4%)	27 (14,5%)	147 (79,0%)	186
Confrontarse con la bebida o la comida	95 (50,3%)	36 (19,0%)	34 (18,0%)	24 (12,7%)	189
Disfrutar con algunos aspectos positivos	127 (67,9%)	32 (17,1%)	21 (11,2%)	7 (3,7%)	187

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de los pensamientos ante la enfermedad

Estrategias	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Pensar en superarlo uno mismo	31 (16,6%)	36 (19,3%)	38 (20,3%)	82 (43,9%)	187
Pensar en algún aspecto positivo	123 (65,4%)	37 (19,7%)	8 (4,3%)	20 (10,6%)	188
Pensar que podría ser peor	41 (21,9%)	50 (26,7%)	40 (21,4%)	56 (29,9%)	187
Buscar un sentido	109 (58,7%)	30 (16,0%)	24 (12,8%)	24 (12,8%)	187
No pensar en ello	29 (15,6%)	45 (24,2%)	54 (29,0%)	58 (31,2%)	186
Buscar una explicación en el pasado	77 (41,0%)	49 (26,1%)	32 (17,0%)	30 (16,0%)	188
Prepararse para cosas peores	85 (45,7%)	54 (29,0%)	17 (9,1%)	30 (16,1%)	186
Pensar que ya pasará	54 (28,7%)	57 (30,3%)	27 (14,4%)	50 (26,6%)	188

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de las reacciones emocionales ante la enfermedad

Estrategias	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Hablar de ello	23 (12,3%)	44 (23,5%)	28 (15,0%)	92 (49,2%)	187
Aislarse	83 (44,4%)	18 (9,6%)	24 (12,8%)	62 (33,3%)	187
Resignarse	13 (7,0%)	33 (17,8%)	42 (22,7%)	97 (52,4%)	185
Mantener la esperanza	33 (17,8%)	45 (24,3%)	40 (21,6%)	67 (36,2%)	185
Sentirse culpable	159 (85,9%)	17 (9,2%)	6 (3,2%)	3 (1,6%)	185
Expresarse abiertamente	44 (23,7%)	52 (28,0%)	25 (13,4%)	65 (34,9%)	186
Disimular el estado de ánimo	40 (21,5%)	62 (33,3%)	42 (22,6%)	42 (22,6%)	186
Sentirse pesimista	50 (26,9%)	80 (43,0%)	36 (19,4%)	20 (10,8%)	186
Hacer bromas o ironizar	94 (50,8%)	44 (23,8%)	25 (13,5%)	22 (11,9%)	185

Relaciones entre estrategias

En la tabla 5 se indica la matriz de correlaciones entre todas las 25 estrategias que componen el cuestionario. Como se puede observar, algunas estrategias correlacionan positiva y significativamente entre si; otras presentan correlaciones negativas. La coherencia de las correlaciones parece indicar que las personas contestaron al cuestionario de manera fiable. Por ejemplo, y aunque las preguntas se presentaban de manera separada para cada nivel, “pensar superarlo uno mismo” correlaciona con “intentar solucionar los problemas uno mismo” ($r = 0,400$; $p = 0,01$); “pensar en algún aspecto positivo” con “disfrutar con algunos aspectos positivos” ($r = 0,439$; $p = 0,01$), “Me siento pesimista” con “Me siento optimista” ($r = -0,541$; $p = 0,01$) o “lo disimulo entre los demás” con “expreso abiertamente con mis sentimientos” ($r = -0,495$; $p = 0,01$). Entre algunas estrategias se observa una ausencia casi total de relación como: “Sentirse culpable” y “expresar abiertamente las emociones”, “buscar un sentido a la enfermedad” y “hacer bromas”, o “sentirse pesimista” e “ir rápidamente al médico”.

Análisis factorial exploratorio y de fiabilidad

El primer análisis de componentes principales realizado con 25 ítems ($KMO = 0,656$) resultó en una estructura inicial de 8 factores con autovalores superiores a 1 que explicaban el 58,83% de la varianza. El análisis del gráfico de sedimentación, así como el bajo porcentaje de varianza explicada por los 6 factores (inferior al 7,43% cada uno), sugería una estructura de 2 factores. Por tanto, se realizó otro análisis de componentes principales con rotación varimax extrayendo 2 factores. Cinco ítems pre-

sentaban cargas factoriales inferiores 0,30 (“cumplir exactamente las prescripciones médicas”, “sentirse culpable”, “buscar un sentido”, “buscar una explicación en el pasado”, “prepararse para cosa peores”). Se eliminó también el ítem “buscar ayuda en otras personas” por presentar una carga factorial distinguida entre los dos factores. Así, tras la eliminación de estos 6 ítems, se obtuvo una estructura de dos factores que explicaban un 32,45% de la varianza. El primer factor incluyó 10 ítems que explican el 17,90% de la varianza, el factor 2 se componía de 9 ítems que daba cuenta del 14,55% de la varianza. La subescala del factor 1 presentó un coeficiente de Cronbach de 0,75, para la subescala del factor 2 presentó un coeficiente de 0,65 (ver tabla 6).

La composición de ítems del factor 1 sugiere una forma de afrontamiento que hemos denominado “afrontamiento individual o centrado en uno mismo”. Correspondría a aquellas mujeres que se enfrentan al cáncer sin pedir ayuda a los demás. Atendiendo a los ítems que lo componen, el segundo factor podría denominarse “afrontamiento social de la enfermedad” o “afrontamiento implicado a los demás”.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación ha sido obtener información básica sobre cómo afrontan las pacientes de cáncer de mama su enfermedad, en un momento relevante en que se enfrentan a ella, es decir, en el hospital, mientras esperan para recibir un tratamiento y/o la visita del oncólogo. Aunque optamos por un cuestionario propio, basado en las estrategias que se recogen en la literatura sobre el tema, no forzábamos ninguna tendencia de respuesta, por ejemplo, la misma persona podía señalar

Tabla 5. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento

Estrategias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Informarse	1										
2. Ayuda		,283(**)	1								
3. Solucionar		-,097		-,267(**)	1						
4. Ir rápidamente al médico			,217(**)	-,010	,154(*)	1					
5. Distraerse		-,026		-,198(**)	,280(**)	,194(**)	1				
6. Exactamente		,077		,095	-,061	,207(**)	-,060	1			
7. beber/comer			,163(*)	,128	,030	,162(*)	,153(*)	-,002	1		
8. disfrutar aspectos positivos				,133	,040	-,005	,188(*)	,011	,046	,080	1
9. Pensar superar					,073	-,092	,400(**)	,278(**)	,302(**)	-,071	,142
10. Pensar aspecto positivo						,014	,289(**)	,060	-,023	,190(**)	,439(**)
11. Pensar que podría ser peor							,224(**)	,131	,260(**)	-,087	,109
12. Sentido								,079	,002	,066	,133
13. No pensar									,023	,023	,046
14. explicación en el pasado										,017	,010
15. cosas peores										,004	,030
16. pasará											,009
17. Hablar											,082
18. Evitar											,044
19. Resignarse											,170(*)
20. optimismo											,333(**)
21. Culpa											,113
22. Abierto											,-,014
23. Disimularse											,-,012
24. pesimismo											,011
25. Bromas											,016

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En negrita las correlaciones positivas más elevadas

En cursiva las correlaciones negativas más elevadas

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1													
-,067	1												
,147(*)	-,134	1											
,129	-,158(*)	-,037	1										
-,062	,306(**)	-,008	-,360(**)	1									
,119	-,115	,078	-,031	-,058	1								
-,071	,011	-,020	,099	-,103	-,279(**)	1							
-,011	,243(**)	-,159(*)	-,016	,162(*)	-,019	-,042	1						
-,144	,315(**)	-,111	-,176(*)	,391(**)	-,006	-,254(**)	,329(**)	1					
-,019	-,028	-,063	,111	-,067	-,147(*)	,046	-,026	,007	1				
,102	-,077	-,020	,149(*)	,034	,318(**)	-,321(**)	-,059	,090	,000	1			
-,012	,236(**)	-,036	-,004	,091	-,228(**)	,189(**)	,201(**)	,083	,117	-,495(**)	1		
,101	-,260(**)	,250(**)	,126	-,269(**)	,149(*)	,254(**)	-,325(**)	-,541(**)	,032	,017	-,135	1	
,000	,114	-,069	-,024	,066	,168(*)	-,284(**)	,115	,322(**)	,163(*)	,244(**)	,022	-,179(*)	1

Tabla 6. Análisis de componentes principales

Centrado en mí mismo $\alpha = 0,75$	Factor 1	Factor 2	Centrado en los demás $\alpha = 0,65$	Factor 1	Factor 2
Solucionar los problemas uno mismo	0,502	-0,212	Buscar información	-0,105	0,486
Distraerse	0,584	-0,058	Ir al médico inmediatamente	0,247	0,376
Pensar en superarlo uno mismo	0,608	0,065	Confrontarse con la bebida o comida	0,075	0,332
Pensar que podría ser peor	0,567	0,226	Disfrutar con algunos aspectos positivos	0,161	0,453
No pensar en ello	0,604	-0,008	Pensar en algún aspecto positivo	0,209	0,538
Pensar que ya pasará	0,433	0,130	Hablar de ello	-0,336	0,446
Resignarse	0,493	-0,033	aislarse	0,090	-0,605
Mantener la esperanza	0,587	0,430	Expresar abiertamente	-0,328	0,607
Disimular el estado de ánimo	0,534	-0,362	Hacer bromas o ironizar	0,252	0,604
Sentirse Pesimista	-0,504	-0,215			

Nota: Se indican las cargas superiores 0,30.

en un ítem que con frecuencia se siente optimista, y en otro, que con frecuencia se siente pesimista. Probablemente ello se corresponde con la realidad subjetiva de los pacientes. Los resultados obtenidos sugieren que las pacientes utilizan varias estrategias simultáneamente y que difícilmente las estrategias son totalmente excluyentes, en concordancia con los aportados por Moos et al⁽⁹⁾. Así, puede ocurrir que un paciente considera que muchas veces habla de la enfermedad con los familiares y, también muchas veces, ante las mismas personas, no comenta nada al respecto. En conjunto, algunas estrategias se utilizan mucho más que otras, y por ello no diferencian entre pacientes. Por ejemplo la estrategia conductual de "hacer exactamente lo que dice el médico", propia de situaciones de indefensión o en las que el control individual sobre el resultado es muy limitado. Conceptualmente hemos diferenciado entre estrategias a nivel de conductas, pensamientos y reacciones emocionales ante el problema de salud. A nivel de conductas, predominan las estrategias "cumplir exactamente las prescripciones médicas", "ir al médico inmediatamente" y "no buscar refuerzos alternativos". A nivel de pensamientos, predomina el pensar que uno mismo debe superarlo y no intentar buscarle un sentido. Las reacciones emocionales más frecuentes son la resignación, el hablar de la enfermedad y no sentirse ni culpable ni pesimista. Las estrategias de afrontamiento en general presentan correlaciones coherentes como "informarse" con "pedir ayuda" (correlación signifi-

caciones de indefensión o en las que el control individual sobre el resultado es muy limitado. Conceptualmente hemos diferenciado entre estrategias a nivel de conductas, pensamientos y reacciones emocionales ante el problema de salud. A nivel de conductas, predominan las estrategias "cumplir exactamente las prescripciones médicas", "ir al médico inmediatamente" y "no buscar refuerzos alternativos". A nivel de pensamientos, predomina el pensar que uno mismo debe superarlo y no intentar buscarle un sentido. Las reacciones emocionales más frecuentes son la resignación, el hablar de la enfermedad y no sentirse ni culpable ni pesimista. Las estrategias de afrontamiento en general presentan correlaciones coherentes como "informarse" con "pedir ayuda" (correlación signifi-

factiva y positiva), el optimismo y el pesimismo ($r = -0,541$; $p < 0,01$). En análisis de los componentes principales hemos encontrado dos factores o tendencias que hemos denominado afrontamiento centrado en uno mismo y afrontamiento implicando a los demás.

El primer factor (afrontamiento centrado en uno mismo) se configura por la tendencia a utilizar estrategias de decisión y desarrollo individual, ubicadas por tanto en el individuo. "Pensar en superarlo uno mismo" es coherente con obtener más información acerca de la enfermedad, su probable curso, y lo que se puede hacer a través de la colaboración con la intervención médica y el estilo de vida propio para influir en el pronóstico y los síntomas. "Pensar que podría ser peor" podría considerarse como una estrategia cognitiva utilizada cuando una persona acepta la realidad básica de una situación que no puede cambiar, pero, que reestructura de manera más favorable. "No pensar en ello" o "pensar que ya pasará" permite negar o minimizar la gravedad de una crisis. Pero la negación no debe considerarse siempre como negativa: puede proteger a un individuo de sentirse abrumado emocionalmente en la situación actual y dar tiempo a desarrollar otros recursos personales de afrontamiento futuro. La estrategia "solucionar los problemas uno mismo" implica en este contexto del cáncer competencias que incluyen aprender a controlar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. "Distraerse" puede implicar intentos de orientarse a actividades agradables, o cambiar de actividades y buscar nuevas fuentes de satisfacción. Estas respuestas del afrontamiento van suponer una reorientación de las energías hacia un nuevo objetivo, cuando el original se convierte inalcanzable. La resignación como forma de aceptación de un problema de

salud en curso, que la persona implicada no puede alterar, permite el abandono de esfuerzos valorados como improductivos para controlar los síntomas. Puede tener un efecto negativo, si es seguida de inhibición permanente y generalizada, o positivo, si la persona opta por vivir la vida "actual" con la máxima satisfacción posible. También forman parte de este factor el "mantener la esperanza" y "no sentirse pesimista", respuestas muy útiles para regular al nivel afectivo y para reducir temporalmente la tensión. Por último, la tendencia a "disimular el estado de ánimo" parece indicar que estas personas no necesitarían o no percibirían ningún beneficio en la ventilación emocional^(9,16).

Respecto al segundo factor encontrado, se podría entender como una forma de afrontamiento en el que la persona hace partícipe su enfermedad a los que la rodean, buscando su apoyo. Comunicarse con los demás, expresarse abiertamente y pedir ayuda sería la forma de obtener la implicación de las personas allegadas, llegando incluso a hacer bromas o ironizar sobre la situación para descargar la tensión. Las estrategias "buscar información", o "ir al médico inmediatamente", no serían las más distintivas de este estilo, por tratarse de reacciones ampliamente utilizadas. "Confrontarse con la bebida o comida" representaría intentos de amplificar o buscar nuevas experiencias agradables, que, por otra parte, también pueden ser compartidas con los demás. "Disfrutar con algunos aspectos positivos", como el hablar con los médicos, sería coherente con este estilo.

Somos conscientes de las limitaciones de éste estudio que en todo caso consideramos como exploratorio. La renuncia a cuestionarios de afrontamiento utilizados, válidos y fiables, y generalmente más extensos, responde a la idea

de obtener una información básica directamente vinculada con el problema de salud, sin intentos confirmatorios de teorías e hipótesis más exploradas, pero que pueda ser solicitada en una situación altamente compleja y estresante como es encontrarse en el hospital para recibir un tratamiento oncológico. Para la confirmación de los dos estilos detectados serán necesarios más estudios, a poder ser de tipo longitudinal.

Para mejorar la fiabilidad probablemente sea necesario disponer de un cuestionario con más ítems de contenidos parecidos. Pero aumentar la longitud de las preguntas, incidir en matices repetitivos o alargar el tiempo requerido, puede generar malestar en la persona que está enferma, probablemente menos si se evalúan las estrategias posteriormente, cuando la persona está en su casa, o a posteriori, citándola otro día en el hospital, pero entonces la situación psicológica es otra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Compas BE, Luecken L. Psychological adjustment to breast cancer. *Curr Dir Psychol Sci* 2002; 11(3):111-4.
2. Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* 2004; 1(1):67-86.
3. Pocino M, Luna G, Canalones P, Mendoza A, Romero G, Palacios LE, et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4(1):59-73.
4. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21(3):219-39.
5. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48(1): 150-70.
6. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Co; 1984.
7. Franks HM, Roesch SC. Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*. 2006; 15(12): 1027-37.
8. Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31(1): 53-64.
9. Moos RH, Holahan CJ. Adaptive tasks and methods of coping with Illness and Disability. In: Martz E, Livneh H, editors. *Coping with Chronic Illness and Disability*. New York: Springer-Verlag; 2007. p. 107-26.
10. Holahan CJ, Moos RH, Schaefer JA, Zeidner M, Endler NS. Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In: Zeidner M, Endler NS, editors *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1996. p. 24-43.
11. Moos RH, Schaefer JA, Goldberger L, Breznitz S. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In: Zeidner M, Endler NS, editors. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed). New York, NY, US: Free Press; 1993. p. 234-57.
12. Osowiecki DM, Compas BE. A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognit Ther Res* 1999; 23(2): 169-80.
13. Gutierrez F, Peri JM, Torres X, Caseras X, Valdés M. Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *J Res Pers* 2007; 41(5): 1032-53.
14. Compas BE, Connor J, Osowiecki D, Welch A, Gottlieb BH. Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. in: *Gottlieb BH*, editor. *Coping with chronic stress*. New York, NY, US: Plenum Press; 1997. p. 105-30.

15. Roussi P, Krikeli V, Hatzidimitriou C, Koutri I. Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognit Ther Res* 2007; 31(1):97-109.
16. Moos RH, Schaefer JA. The crisis of physical illness. An overview and Conceptual Approach. In: Moos RH, editor. *Coping with physical illness: New perspectives*. New York: Plenum Press; 1984.
17. Beutler LE, Moos RH. Coping and coping styles in personality and treatment planning: introduction to the special series. *J Clin Psychol* 2003; 59(10): 1045-7.
18. Beutler LE, Moos RH, Lane G. Coping, treatment planning, and treatment outcome: discussion. *J Clin Psychol* 2003; 59(10): 1151-67.
19. Moos RH, Holahan CJ, Beutler LE. Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *J Clin Psychol* 2003; 59(12):1257-9.
20. Moos RH, Holahan CJ. Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *J Clin Psychol* 2003; 59(12):1387-403.
21. Falkum E, Olff M, Aasland OG. Revisiting the factor structure of the Ways of Coping Checklist: A three-dimensional view of the problem-focused coping scale: A study among Norwegian physicians. *Pers Individ Dif* 1997; 22(2): 257-67.
22. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56(2):267-83.
23. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res* 1989; 13(4):343-61.
24. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65(2): 375-90.
25. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K, et al. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychol* 1999; 18(4): 315-26.
26. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol* 1992; 11(2): 79-87.
27. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):875-82.
28. Nelson DV, Friedman LC, Baer PE, Lane M, Smith FE. Attitudes of cancer: psychometric properties of fighting spirit and denial. *J Behav Med* 1989; 12(4): 341-55.
29. Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychol* 1996; 15(6): 434-7.
30. Compas BE, Beckjord E, Agocha B, Sherman ML, Langrock A, Grossman CI, et al. Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15(12):1038-54.
31. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res* 2001; 50(4):205-19.
32. Font A, Rodríguez E, Buscemi V. Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):45-56.

ANEXO
Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento PCE

Actualmente, cuando tengo problemas de salud...

(Señale con una "X" sus respuestas)

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso: "Esto lo tengo que superar yo mismo"				
Pienso: "Tiene algún aspecto positivo"				
Pienso: "Podría ser peor, eso no es tan grave"				
Busco un sentido a mi enfermedad				
Intento no pensar en ello. Pienso en otras cosas				
Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa				
Pienso: "Tengo que prepararme para cosas peores"				
Pienso: Esto ya pasará. Son problemas que solo duran cierto tiempo				
<hr/>				
Busco información sobre lo que me pasa				
Busco ayuda en otras personas				
Intento solucionar mis problemas yo mismo (o/a)				
Decido yo mism(o/a) ir al médico inmediatamente				
Me distraigo con el trabajo o con otras cosas				
Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos				
Bebo o como cosas que me gustan				
Disfruto con algunos aspectos relacionados con mi enfermedad, por ejemplo: hacer cosas para las que antes no tenía tiempo, hablar con los médicos, etc.				
<hr/>				
Hablo de ello con algún familiar o amigo				
Salgo menos de casa. Evito hablar de ello con otras personas				
Acepto la situación tal cual es. Me resigno				
Mantengo la esperanza. Me siento optimista				
Me siento culpable de lo que me pasa				
Expreso abiertamente mis sentimientos, por ejemplo: si me enfado, me quejo; si estoy triste, lo digo, etc.				
Cuando estoy triste, deprimido(o/a), enfadado(o/a), lo disimulo ante los demás				
Me desespero. Me siento pesimista				
Hago bromas sobre ello. Me rio o ironizo				