



## **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

# **“VIVENCIAS DEL CÁNCER DE MAMA Y EL IMPACTO EN LA FAMILIA DE LAS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL NEOPLÁSICO PERÚ”**

**Responsable del Estudio**

**Dra. Ilse Faustina Fernandez Honorio**

**LIMA-PERÚ**

**2017**

# **VIVENCIAS DEL CÁNCER DE MAMA Y EL IMPACTO EN LA FAMILIA DE LAS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL NEOPLÁSICO PERÚ**

## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes causa en la mujer en nuestro país. En el Perú, no menos de 35 500 casos nuevos de cáncer por año y aproximadamente 12 000 son diagnosticados y tratados. En el 2004, el MINSA ha registrado en los establecimientos de las diferentes regiones 74,521 atenciones por cáncer, de las cuales 48,386 corresponden a mujeres y 26,135 a varones. EsSalud, durante el período de 1998 a 2004, ha generado 109,040 consultas por cáncer definitivo, correspondiendo la mayor carga a los cánceres de mama. En Lima cada día muere una mujer por cáncer de mama.

La mayoría de las personas viven con el temor relacionado con el diagnóstico de cáncer. Son enfermedades muy temidas por la gravedad que pueden suponer, hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante.

El presente trabajo tiene el objetivo, Relacionar las vivencias del Cáncer de mama y el impacto en la familia de las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico de Perú, de la ciudad de Lima, 2012, analizar el cáncer de mama y el impacto de la familia de las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico. La variable dependiente son las vivencias del cáncer de mama, y las variable independiente el impacto en la familia.

En el presente estudio se aplicaran dos instrumento sobre las vivencias del cáncer de mama para medir las vivencia; y el otro el impacto de la familia desde la percepción de la paciente, durante los meses de junio a julio del 2017.

El estudio intenta obtener información que permita entender las vivencias de las pacientes a través de cómo se sienten quienes se enferman y el impacto que siente la familias, para esta patología considerado como un fenómeno impactante.

## CAPÍTULO I

### 1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

#### 1.1 Antecedentes bibliográficos.

• **Pérez Rodríguez, Sandra, (2008)**, España, ha desarrollado un estudio sobre “Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo” El objetivo central es evaluar la presencia y evolución de la sintomatología de estrés traumático (TEA y TEP) a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, así como identificar los posibles factores de riesgo que puedan favorecer la aparición de este tipo de sintomatología en esta población. Se llevó a cabo un estudio longitudinal a partir de una muestra inicial de 175 mujeres con cáncer de mama en estadios I a III, en las que se evaluó la sintomatología traumática en distintas fases del proceso de diagnóstico y tratamiento: incertidumbre respecto a la gravedad de la amenaza, cirugía, confirmación del diagnóstico, tratamiento, finalización del tratamiento y seguimiento. Los principales resultados obtenidos en este trabajo señalan que las respuestas de estrés agudo y postraumático son frecuentes en las pacientes con cáncer de mama, siendo los primeros momentos en el proceso de diagnóstico, es la situación estresante que mayor impacto psicológico provoca en las mujeres. Las tasas de prevalencia estimada de TEA halladas en este trabajo descendieron desde un 17% en la fase de incertidumbre hasta un 8% en la fase de finalización del tratamiento. Por lo que respecta al TEP, la prevalencia estimada se mantuvo relativamente constante a través de las fases de tratamiento (27.4%), finalización del tratamiento (24%) y seguimiento (22.9%). Por último, identificamos a aquellas mujeres con niveles elevados de sintomatología de TEA, susceptibles de recibir un diagnóstico de TEA, así como predecir, con el mismo nivel de precisión que la puntuación continua de TEA, la posterior

sintomatología de TEP.

- **García, Victoria; Viniegras, Carmen Regina; y González Blanco, Maritza, (2007),** Cuba, desarrollaron el estudio de “Bienestar psicológico y cáncer de mama” en el Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, Cuba, se plantean los aspectos psicológicos más relevantes estudiados en las mujeres con cáncer de mama, tales como estilos de afrontamiento, preocupaciones, valoraciones de su enfermedad y efectos psicológicos del tratamiento. Se analizan los determinantes del bienestar psicológico de las pacientes, tales como la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, así como el afrontamiento satisfactorio a situaciones de estrés, entre ellas al estrés de la enfermedad, y a los cambios que esta impone en el estilo de vida.

Se analiza la influencia de determinadas variables sociodemográficas, así como de variables clínicas, que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama.

Se destaca la necesidad de que las estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama incluyan elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico de estas mujeres.

- **Llull, Darío Martín; y Justo Zanier; y García, Fernando (2003),** Argentina, realizaron el estudio longitudinal sobre “Afrontamiento y calidad de vida” de pacientes con cáncer, el objetivo es analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento. Se evidencia la necesidad de explorar y describir estos aspectos para obtener *una mirada integradora del vivenciar de los enfermos neoplásicos*, en función de un futuro trabajo interdisciplinario. Los sujetos fueron obtenidos en un hospital de Mar del Plata, Argentina. Fueron administrados un cuestionario de Calidad de Vida, un Inventario de Respuestas de

Afrontamiento y una entrevista semiestructurada que indaga variables sociodemográficas y psicológicas. Se muestran las relaciones entre las estrategias utilizadas por los pacientes para afrontar la enfermedad y su percepción de la calidad de vida. Son halladas fuertes correlaciones entre las estrategias de evitación y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida. Para concluir, se efectúan reflexiones e hipótesis al respecto.

- **Font, Antoni y Cardoso, André, (2009),** España, realizaron el estudio sobre “Pensamientos, Conductas y Reacciones Emocionales”. El objetivo de la presente investigación fue obtener información básica sobre como reaccionan ante su enfermedad las pacientes con 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 hizo un análisis descriptivo y de componentes principales con rotación varimax sobre que hacen, que piensan y como se sienten las pacientes ante sus problemas de salud. Se obtuvo una estructura de dos factores que se denominó “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.

- **Carver y colaboradores (1993),** han realizado estudios empíricos en España, con el objetivo de encontrar la relación entre el tipo de afrontamiento del cáncer y las repercusiones

psicológicas en pacientes de cáncer de mama. Como resultado se ha encontrado una relación positiva, así como a mayor malestar psicológico con negación y evitación; menor malestar psicológico y aceptación y uso del humor.

- **Ferrero, Toledo y Barreto**, 1995, también se ha encontrado la relación entre el tipo de afrontamiento del cáncer y las repercusiones psicológicas de tener un cáncer de mama habiendo más alteraciones psíquicas en las que pacientes que se enfrentaban a su enfermedad mediante “espíritu de lucha” o con “negación” que en las que se enfrentaban mediante “desamparo desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”. Dichas estrategias de afrontamiento, se midieron en el citado estudio con el MAC (Mental Adjustment to Cancer), que mide más bien adaptación a la enfermedad que afrontamiento.

- **Martín, Sierra y Sánchez** (2003) realizaron su estudio en población española. Evaluaron el afrontamiento mediante el inventario ACS de Fydenberg y Lewis (1996) en 26 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. Las estrategias de afrontamiento utilizadas con más frecuencia por estos pacientes fueron por este orden “buscar ayuda espiritual” y “buscar ayuda profesional”. Las siguientes fueron “ignorar el problema” y “autoinculparse”. Además se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión con la escala HAD en la que se obtuvieron medias 6 en ansiedad y depresión. Sólo se encontró una correlación significativa entre “autoinculparse” y ansiedad. Señalando los autores de este trabajo que el cáncer de pulmón es un tipo de cáncer que supone un mayor grado de autoinculpación debido a que la sociedad conoce la relación entre el hábito de fumar y el mayor riesgo de padecer un cáncer de pulmón.

- **Taylor y colaboradores** (1984) estudiaron el afrontamiento en 78 pacientes con cáncer de mama en base a su modelo de adaptación cognitiva al estrés. Se examinaron las

atribuciones causales del cáncer y las creencias sobre el control de la situación. El 95% de los pacientes de su muestra encontraron una explicación a lo que les había sucedido, relacionadas con frecuencia con causas controlables, aunque ninguna atribución causal concreta se relaciona con una mejor adaptación a la situación. Hallaron que la creencia en el propio control sobre la enfermedad o en el control de otros se asoció de forma significativa con una buena adaptación a la situación. Culpar a otros de lo que les pasaba se asoció con una peor adaptación a la situación. En este estudio, más del 50% de las pacientes, el cáncer les había llevado a reevaluar su vida, siendo lo más frecuente un cambio positivo de sus prioridades vitales. Aquellas pacientes que lograron construir un sentido positivo de su vida a partir de la enfermedad presentaban un ajuste psicológico mejor que las demás. Las personas que mostraron una gran sensación de responsabilidad y de control sobre su situación fueron las que se adaptaron mejor. Los esfuerzos por encontrar sentido en la experiencia de padecer un cáncer parecieron reflejarse más en los cambios de actitudes ante la vida que en las atribuciones causales de la enfermedad.

- **Feifel, Strack y Nagy (1987)** evaluaron el uso y la eficacia de tres estrategias principales de afrontamiento (confrontación, evitación y aceptación-resignación) en tres grupos de pacientes varones, cada uno con una enfermedad diferente. Dos de los grupos fueron de pacientes con enfermedades que amenazaban sus vidas (infarto agudo de miocardio y cáncer) y otro grupo fue con pacientes con otras enfermedades que no eran tan graves. En este estudio, el uso de la confrontación se asoció de forma significativa con estar en tratamiento para una enfermedad que amenazara la vida. La aceptación-resignación se vio en los que tenían menores expectativas de recuperación. Los pacientes con cáncer que estimaron que afrontaban peor la situación usaban más la evitación y la aceptación-resignación.

- **Dunkel-Shetter y colaboradores** (1992) encontraron, en 603 enfermos de cáncer, que las estrategias de afrontamiento mediante búsqueda de apoyo social, centrarse en los aspectos positivos y distanciamiento se asociaban a menor malestar psicológico que las que tenían que ver con evitación conductual. Evaluaron el afrontamiento con el WOC-CA (la versión del WOC para enfermos de cáncer). Las estrategias más usadas fueron: distanciamiento (26%), buscar apoyo (21%), centrarse en lo positivo (21%), escape cognitivo (20%). Los más jóvenes utilizaron más la estrategia de centrarse en lo positivo y el escape conductual. La religiosidad se asoció a escape cognitivo y a centrarse en lo positivo.).

- **Taylor SE** (1983) hizo un estudio cualitativo con 78 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y halló que el encontrar un sentido a su experiencia correlacionaba con una mejor adaptación psicológica. Concluye que la búsqueda de sentido era un elemento integral en la adaptación cognitiva a un evento que amenaza la vida.

- **Steeves** (1992) en un estudio longitudinal con 6 pacientes que se sometían a trasplante de médula ósea, había relación entre el papel del sentido en el afrontamiento y la regulación del comportamiento de los pacientes. Encontró una relación importante entre la construcción de un sentido y que las estrategias de afrontamiento del paciente fueran posibles.

- Pero a pesar de los datos referidos, no todos los estudios hallan esta relación positiva entre afrontamiento y encontrar sentido, hay algunos estudios publicados que no hallan dicha asociación. Dichos estudios se resumen a continuación: Lehman y colaboradores (1993) encontraron en personas que se enfrentaban a la muerte de un

ser querido que no había asociación entre encontrar sentido y el afrontamiento de dicha situación.

- **Silberfarb et al.**, 1991, desarrollo un estudio multicéntrico se halló que sobre un 85% de los enfermos usaban las creencias religiosas en el afrontamiento del melanoma maligno. En estudios los pacientes con frecuencia refieren espontáneamente que la espiritualidad y la religión les resulta importante para enfrentarse al cáncer (Stefanek, McDonald y Hess, 2005).
- **Nairn y Merluzzi** (2003) encontraron que la asociación que se halla entre religiosidad y afrontamiento del cáncer, es modesta, sólo se halla asociación entre el afrontamiento mediante la religión que sea “auto-dirigida” (self-directed) y una mejor adaptación al cáncer. (Silberfarb et al., 1991).
- **Cassaretto, M. y Paredes, R.** (2006) “Afrontamiento a la enfermedad crónica: Estudio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal”. Los estudios sobre la vivencia psicológica de la insuficiencia renal crónica terminal (IRC). La metodología es un diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo. En el estudio se incluyeron a 40 personas mayores de 20 años diagnosticadas con IRCT que se atienden en un hospital del Seguro Social Peruano. Dichos sujetos son candidatos aceptados al programa de trasplante renal que se encontraban en lista de espera. La distribución de los participantes hombres y mujeres fue de 25 (62.5%) y 15 (37.5%,) respectivamente. Los instrumentos utilizados incluían una encuesta personal sobre algunas características sociodemográficas y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (Coping Estimation): este instrumento fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) en su versión disposicional. Los

resultados y discusión, que el estilo de afrontamiento más usado por este grupo, es centrado por la emoción, seguido por el estilo del problema y muy poco frecuente de otros estilos, de las estrategias más inadecuadas para enfrentar el estrés, lo cual es un indicador positivo para estos pacientes. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como las emociones o el escape conductual y/o cognitivo, manifiestan un mayor malestar. De esta manera la emoción respondería a la percepción de menores niveles de control, dicho afronte llevaría a que la persona despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos como la angustia, estilo que ayudaría a mantener la moral en alto. Las estrategias de afrontamiento, la planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento fueron señaladas como las más usadas. Asimismo, el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento es positivo, que ayuda a responder las demandas emocionales. Las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo fueron descritas como las estrategias de afrontamiento de menor uso por los participantes.

Se encontraron diferencias de acuerdo a género y condición médica. El estudio concluye que lo estilos y estrategias desarrollados serían los más adecuados para afrontar la situación de la enfermedad tomando en cuenta que los sujetos son pacientes que han sido aceptados al programa de transplante de riñón, lo que implica que han superado una serie de evaluaciones previas y han demostrado motivación, perseverancia y condiciones para dicho trasplante.

- **Ledón Llanes, Loraine, Agramonte Machado, Adriana, y otros.** (2007) en el estudio sobre “Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas” en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" (HNGAI), considerando la importancia del afrontamiento de enfermedades crónicas como objetivo describir los

procesos de afrontamiento a la enfermedad en personas con endocrinopatías que provocan cambios en la apariencia física. Se realizó un estudio exploratorio utilizando la metodología cualitativa de investigación, en el que participaron 15 mujeres y varones de nacionalidad peruana. Los instrumentos utilizados fueron: una guía de entrevista en profundidad, observaciones participantes y entrevistas informales de carácter abierto. La información se procesó en varios momentos: ordenamiento de datos, creación de categorías empíricas y analíticas, integración en esquema interpretativo, triangulación técnica y teórica, y conformación del reporte de investigación. Los aspectos éticos fueron considerados. Los sujetos utilizaron 2 tipos de estrategias (sociales y personales). En las primeras encontramos la búsqueda de apoyo social (familia, institución sanitaria y relaciones interpersonales en general), y dentro de las personales, aparecieron importantes diferencias de género; mientras los varones realizaban actividades "normalizantes", utilizaron el chiste y la exculpación; las mujeres, por su parte, refirieron explícitamente el uso de estrategias dirigidas a manejar la emoción y a encubrir los cambios corporales. Tanto mujeres como varones utilizaron el acercamiento espiritual en los momentos más críticos de su proceso de enfermedad. El amplio diapasón de estrategias utilizadas por los sujetos muestra no sólo variedad sino también interacción entre los 2 estilos tradicionalmente citados en la literatura: el dirigido a manejar el problema y el dirigido a canalizar el impacto emocional, desde el propósito final de recobrar el sentido de identidad quebrado por los cambios vividos a raíz de la enfermedad.

## **1.2 Problema.**

### **1.2.1 Planteamiento del Problema.**

- El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y

la segunda causa de muerte registrada en Perú, El cáncer no es solo patrimonio de los países desarrollados, sino también está afectando a los países en desarrollo. específicamente el enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de mama en el mundo es responsable de más del 12% de todas las causas de muerte en el mundo. Más de 7 millones de personas mueren anualmente de esta dolencia. Conforme la esperanza de vida en el planeta va mejorando, la incidencia de cáncer, estimada en el 2002 en 11 millones de casos nuevos, alcanzará más de 15 millones en el 2020. Esta última revisión fue hecha por la UICC en el 2005. En América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama. .

- En Perú, se producen no menos de 35 500 casos nuevos de cáncer por año y sólo aproximadamente 12 000 son diagnosticados y tratados, estas cifras son de por si alarmantes. El año 2004, el MINSA ha registrado en los establecimientos de las diferentes regiones 74,521 atenciones por cáncer, de las cuales 48,386 corresponden a mujeres y 26,135 a varones. En el país, cuatro mujeres mueren por día con cáncer de mama, el 85% de casos vistos en el INEN son detectados de manera tardía (Velarde Raúl, 2012). En Lima, cada día muere una mujer por cáncer de mama (Alfaro Urquiza, José. Cáncer de mama. 2008).
- EsSalud, durante el período de 1998 a 2004, ha generado 109,040 consultas por cáncer definitivo, correspondiendo la mayor carga a los cánceres de mama, los registros poblacionales del Instituto de Investigaciones Maes Héller, efectuados en

Lima Metropolitana entre 1994 y 1997, cuando se separa por sexo, es el cáncer de mama el más frecuente entre las mujeres.

- La mayoría de las personas viven con el temor relacionado con el diagnóstico de cáncer. Que son un conjunto de enfermedades muy temidas por la gravedad que pueden suponer y porque hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante. Además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales (personalidad previa, experiencias de personas cercanas con el cáncer, atribuciones que se dan a la propia situación, creencias religiosas, etc.) que también influyen en la reacción psicológica de la persona ante el diagnóstico. El hecho de asociar cáncer a muerte y a sufrimiento, hace que cuando una persona se enfrente a este diagnóstico, se vea enfrentada a su propia muerte que le genera sufrimiento y angustia ante esta probabilidad.
- El cáncer de la mama en particular, es uno de los más frecuentes en la población femenina, razón por la cual son comprensibles las dificultades de las pacientes para enfrentarse al mismo, el que genera temor, ansiedad, o preocupación el hecho de enfrentarse ante una enfermedad grave que amenaza su vida, como se manifiesta cuando la persona recibe el diagnóstico de un cáncer. Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir su tratamiento, la ruptura con las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima (Alfaro Urquiza, José. Cáncer de mama. 2008).

- Las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer de mama pueden suponer fuentes importantes de estrés para las pacientes, que les puede llevar a sufrir una serie de alteraciones psicopatológicas que se ven desbordadas, al no saber cómo afrontarlo, como manejarlo o aminorarlo (Velarde Raúl, 2012).
- Las pacientes se enfrentan a una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia muy estresantes. 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 del proceso avanzado y terminal de la enfermedad, señala Pocino M, Luna G, Canalones P, Mendonza A, Romero G, Palacios LE, et al. (2007).
- La vivencia de un diagnóstico de cáncer supone tener que afrontar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de cada persona y que están en función de las amenazas percibidas. Dichas vivencias pueden producir cambios en los estados emocionales de la familia y cambiar en el tiempo y estar condicionada por la vivencia y por las creencias previas sobre lo que es la vida, sobre lo que es enfrentarse a ciertas circunstancias estresantes y por los significados que atribuye la persona ante lo que está pasando. Es decir, para comprender su proceso de vivencia de la paciente y el impacto que genera en la familia, que están relacionadas con sus sistemas de control y creencias sobre la vida en general. Asimismo, este control y creencias religiosas pueden tener alguna repercusión.

- Estas atribuciones que el paciente hace de su situación, como las creencias religiosas en general, pueden estar muy relacionadas con los significados o sentido que da a su vida en esa situación concreta o de una manera más global. El sentido que puede adquirir la situación de padecer un cáncer para la paciente oncológica, ésta puede relacionarse con el control que puede tener su vida.
- Además, existen diversos trabajos empíricos en los que se muestra su importancia a la hora de vivenciar las situaciones difíciles y especialmente ante enfermedades que amenazan la vida como el cáncer (Barkwell, 1991; Fife, 1994; Lewis, 1989; Noguchi et al., 2006).
- Autores señalan, el hallar un control y sentido influye en las vivencias (Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Taylor y colaboradores, 1984) por el sentido que cada uno desarrolla en torno a su enfermedad influye en su bienestar psicológico (Lewis, 1989) y este lleva a la persona con cáncer a desarrollar un sentido de coherencia en relación con las experiencias que vive (O'Connor, 1990).
- Asimismo, las creencias de tipo religioso y/o espiritual que pueden influir en los mecanismos de vivencia (por condicionar una determinada forma de entender el mundo y los problemas de la vida y de responder ante los mismos).
- Por tal razón es importante evaluar la dimensión de las vivencias en las pacientes, que pueden actuar como variables asociadas en el impacto de la familia.

- Otro factor que puede influir en las vivencias ante la enfermedad es la percepción de **control** de la persona ante esa situación, que dicha percepción de control se puede ver amenazada por la enfermedad.
- Todos los aspectos señalados tienen que ver con diferentes dimensiones de la persona que han de ser valoradas para tener una visión lo más integral y multidimensional posible lo cual ayuda a la comprensión de lo que le está pasando a la paciente de una forma más global.
- Con frecuencia la paciente se ve desbordada por el diagnóstico y las condiciones de su enfermedad que puede llegar incluso a desarrollar un trastorno psiquiátrico, entre los más frecuentes serían (Derogatis et al., 1983): la depresión, y ansiedad.
- Si se conoce la influencia de algunos de estos factores en las vivencias y el impacto en la familia, tal vez se pueda contar con nuevas posibilidades en el desarrollo de estrategias más adecuadas para ayudarlas ante las dificultades que sufren con su enfermedad.

**a) Problema general.**

¿Cuál es el tipo de vivencias del cáncer de mama y el impacto en la familia de las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico del Perú?

**b) Problemas Específicos.**

¿Cuál es el perfil sociodemográfico (edad, estado civil, escolaridad y ocupación) de las pacientes con cáncer de mama?

¿Cuál es el tipo de vivencias de las pacientes con cáncer de mama?

¿Cuál es el nivel de impacto en la familia de las pacientes con cáncer de mama?.

## **1.2.2 Objetivos.**

### **1. Objetivo general.**

Relacionar el tipo de vivencias del Cáncer de mama y el impacto en la familia de las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico de Perú.

### **2. Objetivo específico.**

- Determinar el perfil sociodemográfico de las pacientes con cáncer de mama.
- Determinar el tipo de vivencias del cáncer de mama en las pacientes.
- Determinar el nivel de impacto del diagnóstico en la familia de las pacientes con cáncer de mama

## **1.2.3 Justificación e importancia de la investigación.**

### **a) Justificación Teórica.**

El diagnóstico de un cáncer como es el de mama, puede tener una importante repercusión psicológica en la vida de las personas y de su familia, lo que puede incrementar el riesgo que aparezcan diversas alteraciones psicopatológicas. Por este motivo son cada vez mayores las demandas de estos pacientes y su familia de recibir ayuda por parte de los servicios de salud mental o las quejas referentes a su estado psíquico.

Existen estudios que se han centrado en una sola dimensión o escasos estudios de aspectos de la vida psíquica de las pacientes. Asimismo, de un cáncer específico y en una determinada fase de la enfermedad, fenómeno importante para tomar en consideración que en ocasiones hay variación en el pronóstico, el tratamiento y los síntomas en función de la fase de la enfermedad o de gravedad del cáncer en el

momento que se diagnostica, y pueden tener variadas repercusiones psicológicas por ser diferentes los estresores a los que tienen que enfrentarse las pacientes y la familia.

El presente estudio contribuirá en profundizar aspectos de la enfermedad al que se refiere a las vivencias y el impacto en la familia al conocimiento de diagnóstico de un cáncer de mama y se centrará fundamentalmente en la reacción ante dicho diagnóstico.

**b) Justificación Práctica.**

La valoración de las variables de vivencias permitirá comprender mejor la reacción psicológica ante esta enfermedad grave que amenaza la vida y para tratar de encontrar información que ayude a desarrollar estrategias adecuadas en el futuro de prevención y de tratamiento de alteraciones psíquicas en estas pacientes. Resultados que contribuirán a muchas pacientes a que se enfrenten a situaciones de similar gravedad, especialmente si la enfermedad es un cáncer de mama de mal pronóstico. Asimismo, se considera preciso poner de relieve la idea, de la repercusión de variables psicológicas en los estilos de vida de las personas, tanto en el cumplimiento de los tratamientos como en su calidad de vida.

**c) Justificación Metodológica.**

El diseño de investigación, es de tipo Observacional, descriptivo, analítico, y el uso de instrumentos que miden las variables de las vivencias del cáncer de mama y el impacto en la familia.

**d) Justificación Económica-Social.**

Los resultados serán de gran utilidad para los tomadores de decisiones de las instituciones de salud, para entender que el cáncer es la enfermedad que afecta a la persona, familia y sociedad y es de alto costo económico y social, no existe otro mal más relacionado con los problemas directos que se presentan en las vivencias que puedan tomar control para poder confrontar esta enfermedad con éxito. El cáncer forzaría al hombre a cambiar radicalmente su alimentación, sus métodos de cultivo y producción de alimento, así como su estilo de vida. El estudio tendrá importante contribución para quienes toman decisiones.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1 CÁNCER.

##### **Introducción.**

El cáncer es un conjunto de distintas células morbosas caracterizadas por la existencia de una proliferación anormal de células. Dicha proliferación anormal suele tener características de malignidad en función de su capacidad para invadir órganos y tejidos y diseminarse a distancia (López-Abente G. et al; 2002).

En términos absolutos, el cáncer es la primera causa de muerte en Perú. Los porcentajes de incidencia y mortalidad por cáncer de mama son aproximadamente cinco veces más altas en Norte América y el Norte de Europa y en muchos países de Asia y África. Los países sudamericanos tienen porcentajes de incidencia intermedios entre estos extremos.

Las estadísticas en el país son tan difíciles de obtener, debido a la desactivación del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana desde el año de 1978, el que fue reactivado en 1990, el que vuelve a mostrar las cifras reales de lo que está ocurriendo con el Cáncer de Mama en el país. El año 1978, el cáncer de mama ocupaba el tercer lugar en incidencia y mortalidad después del Cáncer de Cuello Uterino y del Cáncer de Estómago. El año 1991, el Cáncer de Mama estuvo en segundo lugar, ocupando el primer lugar en mortalidad, y las últimas estadísticas publicadas en agosto de 1998 y en la actualidad, muestran que el Cáncer de Mama ha pasado a ocupar el primer lugar en incidencia y mortalidad, seguido por el Cáncer de Cuello Uterino y el Cáncer de Estómago (Alfaro Urquiza, José, 2008).

Según estas mismas estadísticas citadas por la misma fuente, el Registro de cáncer de Lima Metropolitana, el Cáncer de Mama tiene una tasa de incidencia de 31,82 (TEE por 100,000) y una tasa cruda de 24,28 por 100,000 hbts. El riesgo acumulado de desarrollar cáncer, hasta los 74 años de edad, es de 3,5%, es decir 1 de cada 29 mujeres tiene el riesgo de desarrollar cáncer de mama hasta los 74 años de edad. En el caso de los hombres, la proporción es muy baja siendo la relación mujer: hombre de 168:1, es decir, que por cada 168 casos de cáncer de mama en mujeres hay 1 caso de cáncer de mama en hombres.

El cáncer es un problema importante de salud en todos los países desarrollados, es la segunda causa de muerte en la población general. Y en Estados Unidos, desde el año 2001, es la primera causa de muerte en menores 85 años de edad (Jemal et al., 2006).

En el año 2002, hubo en todo el mundo 10,9 millones de casos nuevos, 6,7 millones de muertes y 24,6 millones de personas viven enfermas de cáncer. El 70% de los enfermos de cáncer mueren a los 5 años del diagnóstico. El número absoluto de muertes por cáncer va en aumento, sobre todo en el caso del cáncer de Mama en mujeres (Parkin et al., 2005), aunque el porcentaje de muertes por cada cáncer disminuye gracias a los tratamientos, a la prevención y al diagnóstico precoz. En los últimos años ha habido un aumento en el número de casos que se explica por un aumento de la población mundial, una mayor fuente de datos, el envejecimiento de la población o incluso por un aumento real en las tasas de incidencia (D.M. Parkin, P. et al, 2005).

### **2.1.2 Cáncer de mama.**

Alfaro, Señala, Las mamas o senos se componen de grasa, tejido conectivo y glandular. En este tejido se encuentran las glándulas productoras de leche de las que nacen unos 15 ó 20

conductos mamarios, para transportar la leche hasta el pezón, rodeado por la areola. Estos lobulillos y conductos se encuentran en el estroma, un tejido adiposo, en el que también están los vasos sanguíneos y linfáticos. Los tejidos mamarios están conectados, además, con un grupo de ganglios linfáticos, localizados en la axila. Estos ganglios son claves para el diagnóstico del cáncer de mama, puesto que las células cancerosas se extienden a otras zonas del organismo a través del sistema linfático. Cuando se habla de ganglio centinela se alude, precisamente, al ganglio más cercano al lugar donde se localiza el cáncer.

#### **a) ¿ Qué es el Cáncer de Mama ?**

El organismo está constituido por un conjunto de órganos, que a su vez están formados por células, que se dividen de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas; y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos.

Este proceso está regulado por una serie de mecanismos que indican a la célula cuándo comenzar a dividirse y cuando permanecer estable. Cuando estos mecanismos se alteran en una célula, ésta y sus descendientes inician una división incontrolada que, con el tiempo, dará lugar a un tumor o nódulo. Si estas células además de crecer sin control, adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis) se denomina tumor maligno, lo cual llamamos cáncer.

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria.

Cuando las células tumorales con capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, están ubicadas en la mama, se trata de un cáncer de mama.

Este tumor puede crecer de tres maneras:

**Crecimiento local:** el cáncer de mama crece por invasión directa, infiltrando otras estructuras de la mama diferentes de donde se ha originado o a estructuras vecinas como la pared torácica (músculos y huesos) y la piel.

**Diseminación linfática:** la red de vasos linfáticos que posee la mama permite que el drenaje de la linfa se efectúe a varios grupos ganglionares. Los ganglios situados en la axila (axilares) son los más frecuentemente afectados, seguidos de los situados en la arteria mamaria interna (zona central del tórax) y los ganglios supraclaviculares (encima de la clavícula).

- **Diseminación hematológica:** se realiza a través de los vasos sanguíneos preferentemente hacia los huesos, pulmón, hígado, y piel (De Los Ríos, Amador, 2005).

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres. Pero el Cáncer de mama no es una enfermedad exclusiva de mujeres, aunque en un porcentaje muy pequeño, los hombres también pueden padecerlo.

Alfaro, (2006); Palacios, (2005), señalan que el Cáncer de Mama, es una enfermedad tumoral maligna de muy fácil diagnóstico y por consiguiente de un tratamiento precoz y adecuado, obteniéndose de esta manera excelentes resultados incluso cosméticos, con una sobrevida larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en el país y en el medio la realidad es otra.

Las pacientes en más del 50% acuden a la primera consulta con enfermedad avanzada, es decir, inoperable inicialmente, lo cual hace que su tratamiento sea más complicado y caro, obteniéndose sobrevidas cortas y con enfermedad evolutiva, siendo ésta una situación muy dolorosa para la paciente, su familia, y las instituciones de salud.

Todo esto es consecuencia fundamentalmente de una deficiente educación médica de la población en general, lo cual es responsabilidad del gremio médico y de las instituciones de salud del país, es por esta razón, que es de gran valor el inculcar en los estudiantes de medicina y en los médicos no especialistas, los conocimientos básicos y fundamentales de esta enfermedad para que en su debida oportunidad sepan aplicarlos y así transformar este sombrío panorama, que es una realidad palpable en la actualidad.

Los criterios modernos sobre el tratamiento de cualquier enfermedad maligna, hacen que se obtengan los mejores resultados de la conjunción de los diversos tipos de terapia, sean éstos los quirúrgicos, quimioterápicos o de radioterapia, y no del aporte de uno sólo de ellos, requiriéndose en muchas oportunidades del de la atención de cualquier otro tipo de especialista que la paciente pudiera requerir en el transcurso de su tratamiento, para así obtener los mejores resultados.

#### **b) ¿Cuál es la Estructura de la Mama?**

La mama es una *glándula* cuya función principal es la producción de leche durante el periodo de lactancia.

Está constituida por múltiples *lóbulos* y *lobulillos* donde se produce la leche. Los lóbulos y lobulillos están unidos por una serie de tubos denominados *ductos* o *conductos galactóforos* que conducen la leche hacia el pezón. Contiene vasos sanguíneos cuya función es proporcionar sangre a la glándula y vasos linfáticos, que son los encargados de recoger la linfa.

Los vasos linfáticos confluyen en pequeñas formaciones redondeadas denominadas ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos más cercanos a la mama se encuentran en la axila y a ambos lados del esternón (hueso situado en la parte anterior del tórax).

La glándula está rodeada de tejido graso que proporciona consistencia y volumen a la mama.

Desde el nacimiento hasta la edad adulta, las mamas sufren más cambios que ningún otro órgano. Bajo el influjo de las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), las mamas crecen durante la pubertad y se ven influenciadas en la edad reproductiva por los ciclos menstruales. En la menopausia, los niveles hormonales descienden y gran parte de la glándula mamaria se atrofia y es sustituida por grasa, según De los Rios, Amador (2005).

### **2.1.3 Embriología, anatomía y fisiología**

#### **a) Embriología.**

Las mamas no son más que glándulas sudoríparas altamente especializadas. En el embrión, a la 6<sup>a</sup>- 7<sup>a</sup> semana de gestación aparece un engrosamiento ectodérmico bilateral que se extiende desde las regiones axilares hasta las regiones inguinales (las llamadas crestas mamarias); en la especie humana esta cresta mamaria desaparece en el embrión con cerca de 15 mm, quedando sólo reducida a la región torácica anterior. La persistencia de esta cresta en la especie humana lleva a la aparición de mamas o pezones supernumerarios en la vida adulta (Polimastia y/o Politelia). Alrededor del 7<sup>o</sup> mes, ya se formaron los conductos galactóforos y se inicia la formación de los ácinos, estas formaciones constituyen la base de las unidades ductolobulares. En el momento del parto ya se dispone de alrededor de 20 de estas unidades ductolobulares que se permeabilizan en el recién formado complejo areolopezón, terminando estas unidades en un pequeño orificio de la epidermis del pezón. En

el parto, el recién nacido, por la acción de la progesterona materna puede presentar congestión mamaria e incluso segregar la llamada “leche de brujas”.

Cerca de los 9-10 años aparece una protuberancia retroareolar, que es el llamado “botón mamario”, que es la primera señal de crecimiento mamario, esta estructura debe ser respetada y no debe ser sometida a ningún procedimiento quirúrgico porque se corre el riesgo de alterar seriamente el crecimiento mamario. Más tarde, alrededor de los 12 años es que la glándula comienza a presentar un verdadero desarrollo, y a los 13-14 años comienza un intenso crecimiento retroareolar, en vista a su forma definitiva.

#### **b) Anatomía.**

A pesar de las diferentes formas y volúmenes mamarios, la mama se extiende del 2º al 6º arco costal y entre la línea paraesternal y la axilar anterior. Hay que considerar la cola de Spencer o prolongación axilar que tiene una forma cónicopiramidal y que se extiende hasta los límites de la axila, el complejo areola-pezones está implantado a nivel del 5º arco costal y contiene numerosas fibras musculares lisas cuya función es de proyectar el pezón, por inervación involuntaria, los diversos conductos terminan cada uno en un orificio del pezón.

La mama propiamente dicha, está formada por alrededor de 20 unidades lobulares con sus canales excretores, separadas unas de otras por fascias de tejido fibroso que unen estas unidades entre sí, son los “Ligamentos de Cooper”. El compromiso de éstos por una lesión maligna, dará los signos de retracción de la piel, tan importante en el diagnóstico clínico del cáncer de mama. El adelgazamiento de éstos, junto a la involución lipomatosa, así como a la pérdida de la elasticidad de la piel, serán responsables más tarde de la ptosis mamaria.

La irrigación arterial está a cargo de la arteria mamaria interna, ramas de la arteria axilar, así como de ramas de las arterias intercostales.

El drenaje venoso comprende un sistema superficial, con las venas toracoepigástricas y el sistema profundo, al que se le atribuye gran importancia en términos de diseminación hematológica del cáncer, sigue básicamente a la irrigación arterial. Así las venas subescapular y laterotorácica drenan en la vena axilar y la vena mamaria interna drena en la vena subclavia.

La inervación está a cargo de ramas de los nervios intercostales laterales y medianos, de predominio simpático. La inervación del pezón es hecha por ramas del 4º nervio intercostal, de predominio sensitivo.

El drenaje linfático tiene un papel extremadamente importante en la diseminación de las enfermedades malignas. Toda la mama es muy rica en canales linfáticos. En la zona areola-pezón existe una red circunareolar y se consideran básicamente 3 vías de drenaje linfático de la mama: axilar, interpectoral, y mamaria interna.

Por la vía Axilar, drena cerca del 75% de toda la linfa proveniente de la mama y en la región axilar existen cerca de 30 ganglios linfáticos, distribuidos en tres niveles, situados por debajo de la vena axilar. El Nivel I se encuentra lateralmente y abajo del pectoral mayor. El Nivel II comprende los ganglios situados debajo del pectoral menor. Finalmente el Nivel III se encuentra en el ápex de la axila.

Un pequeño porcentaje de linfa es drenada para la región Interpectoral (ganglios de Rotter), situada en el espacio entre los pectorales mayor y menor.

Cerca del 20% de la linfa de la mama es drenada a la cadena de la Mamaria Interna, a los ganglios del 2º, 3º y 4º espacios intercostales.

Existen algunas conexiones linfáticas con la mama contra-lateral, así como a la vaina de los rectos, pero no son tan significativas (Alfaro Urquiza, José, 2008).

### **c) Fisiología.**

A partir del momento en que comienzan a existir variaciones cíclicas hormonales, éstas van a repercutir sobre la mama. Así en la fase luteal del ciclo puede ocurrir retención de líquido, causando ingurgitación, sin que esto produzca alteraciones citológicas o histológicas.

En la gravidez y lactancia sí se producen profundas alteraciones, con marcado crecimiento lobular, desarrollándose también nuevas unidades funcionales. La mama aumenta sustancialmente de volumen, debido a retención hídrica, las venas superficiales se tornan más evidentes y la areola y pezón se pigmentan adquiriendo un color más oscuro. La formación de calostro se inicia hacia el 4º mes de gestación y la leche verdadera se comienza a producir al 2º día postparto, por elevación de los niveles de prolactina.

#### **2.1.4 Oncogénesis, epidemiología y factores de riesgo.**

La Oncogénesis es un tema con muchas interrogantes, pero es el de mayor importancia. Una vez comprendida la Oncogénesis, se tendrá el camino abierto para la prevención y tal vez en el futuro el modo de erradicar las Neoplasias.

Entretanto, se han dado algunos avances, por ejemplo se sabe hoy en día que una célula cancerosa de mama tiene como tiempo de duplicación entre 100 a 300 días. Se sabe también que una neoplasia de mama con 1 cm de tamaño sufre cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño y este cáncer con 1 cm tiene, como mínimo, cerca de 7 años de

evolución. Sin embargo pueden existir casos de crecimiento más rápido, pero la gran mayoría de estas neoplasias entran en el primer grupo, lo que hace de ésta una de las neoplasias de crecimiento más lento.

Desde el nacimiento hasta la menarquia, pocas transformaciones se han dado en la mama. En este momento por acciones hormonales, toman forma adulta las unidades funcionales de la mama. El número de estas unidades aumenta en cada ciclo menstrual hasta aproximadamente los 35 años. Por consiguiente se puede deducir que, cuanto más ciclos menstruales existen, más unidades funcionales existirán. Tal vez por eso el aumento de frecuencia de neoplasia de mama en mujeres con menarquias precoces y menopausias tardías.

A partir de los 35 años aproximadamente, comienza la involución mamaria, que es más notoria a partir de la menopausia. Es a partir de este momento en que comienza a aparecer más patología mamaria, en base a las alteraciones que van a dar lugar a la involución.

Es también en este momento que los mecanismos de regeneración celular pueden comenzar a sufrir alteraciones, donde el esquema normal de regeneración celular puede ser sustituido por mecanismos que lleven a fibrosis, adenosis o a hiperplasia. Esta hiperplasia puede llevar a atipia celular, llegándose al límite de benigno/maligno, o sea la Hiperplasia Epitelial Atípica. La transformación de “neoplasia In Situ” a “neoplasia Invasiva”, corresponde al pasaje de la membrana basal, último reducto de la localización de la dolencia maligna.

La tendencia actual de los especialistas, es realizar los máximos esfuerzos para identificar los grupos de personas con mayores posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer, lo cual ha sido y es motivo de extensas investigaciones. En el caso del cáncer de mama, desde hace mucho tiempo han sido descritas una serie de variables asociadas con un mayor riesgo a

desarrollar cáncer de mama y últimamente, nuevos factores han incrementado esta lista. Identificar pacientes con cáncer asintomático de mama no es tarea fácil, puesto que los procedimientos diagnósticos son costosos, por eso es preciso seleccionar los grupos de personas con un alto riesgo, para emplear con ellos los procedimientos necesarios para un diagnóstico precoz.

Tratándose del cáncer de la mama, existen dos características que nos permiten excluir un buen sector de la población. En primer lugar, el Sexo, en el hombre este tipo de cáncer es raro; en casi todas las estadísticas mundiales, incluyendo las de nuestro país, la incidencia varía entre 0,5 a 1% en relación a la mujer, es decir que alrededor de cada 200 casos de cáncer en la mujer, ocurre uno en el hombre.

El otro factor de exclusión es la Edad, el cáncer de mama es raro en la mujer joven, aunque se han descrito casos incluso en la niñez, pero en general el riesgo es bajo en las mujeres menores de 35 años. Sin embargo en los últimos años, y debido al avance y mejora de los medios de diagnóstico sobre todo en imagenología, los diagnósticos son más precoces y el pico más alto de edad de incidencia está disminuyendo. En general, se considera que la edad de mayor riesgo en la mujer está entre los 40 y 65 años.

En cuanto a la Raza, la incidencia y mortalidad en los países occidentales donde predomina la raza blanca, siempre ha sido alta. En los EE.UU. y en el Norte de Europa estos factores son 5 veces más altos que en los países de Asia y África, debiendo mencionar que en el Japón la incidencia del cáncer de mama es mucho más baja que en los demás países del mundo; en el sur de Europa y en Sudamérica las tasas son intermedias entre estos dos extremos. Los migrantes de Asia a los EE.UU. (principalmente Chinos y Japoneses), muestran en la primera

y segunda generación de descendientes, tasas de incidencia que son sustancialmente más altas que las de sus ancestros y que tienden a aproximarse a la de la población norteamericana, deduciéndose de esto que los factores ambientales y alimentarios en este caso, son más importantes que los genéticos. En ese país la población negra tiene la misma tasa de incidencia que la blanca.

El riesgo importante de riesgo es la Historia Reproductiva. Cuanto más largo es el tiempo de influjo hormonal ovárico, las posibilidades de hacer un cáncer de mama son mayores; esto sucede con las mujeres que tienen una menarquia temprana y una menopausia tardía. La castración, ya sea quirúrgica o por radioterapia reduce sustancialmente en la mujer el riesgo a tener cáncer de mama. Si es realizada antes de los 35 años, la reducción es al 40% de la mujer que tiene su menopausia natural. La característica reproductiva más fuertemente asociada al riesgo de cáncer de mama es la edad a la que la mujer tiene su primer embarazo, las mujeres que tienen su primera gestación a término alrededor de los 18 años, tienen sólo un tercio del riesgo de las mujeres que tienen su primer hijo hacia los 30 años, y las mujeres que tienen su primer hijo después de los 30 años, tienen un riesgo un poco más alto que las que no tienen hijos.

Hace mucho tiempo se han relacionado la lactancia y el cáncer de mama, y ha habido numerosos estudios en la literatura tratando de probar el efecto protector de la lactancia en la génesis de esta enfermedad. Sin embargo la mayoría de los estudios muestran en forma concluyente que ésta no representa un factor de protección contra el cáncer de mama. En lo referente a la Historia Familiar, éste es un factor de riesgo fundamental y que nunca debe ser pasado por alto en la primera entrevista con la paciente. Todos los estudios muestran que las mujeres que tienen familiares en primer grado con cáncer de mama, tienen un riesgo

tres veces mayor que la población en general. Este riesgo tiene un incremento adicional si la familia fue afectada a una edad temprana o tiene enfermedad bilateral. Así se ha estimado que si una mujer tiene un familiar en primer grado con cáncer de mama bilateral y en la premenopausia, tiene un riesgo incrementado en nueve veces de hacer la enfermedad, además existe también la tendencia a que si hacen la enfermedad, ésta se presente 10 a 12 años más temprano.

La relación entre las Enfermedades Benignas de la mama y el cáncer, es controversial, y parte de esta controversia es relacionada al uso del término “Enfermedad Benigna de la Mama”, el cual incluye una variedad de condiciones tales como: Macroquistes, Microquistes, Adenosis, Cambios Apócrinos, Fibrosis, Fibroadenomas y la Hiperplasia Epitelial; de todas estas condiciones, la mayoría de los autores creen que sólo la Hiperplasia Epitelial en su variedad atípica está relacionada al desarrollo del cáncer de mama, lo cual tampoco quiere decir que todas las hiperplasias atípicas se transformarán en carcinomas in situ o en carcinomas invasivos. Pero sí estamos frente a una situación potencialmente premaligna, para la cual se requiere de una vigilancia acertada, habiendo autores que preconizan inclusive la mastectomía subcutánea, dado el peligro del cáncer.

Un incremento en el riesgo de cáncer de mama es asociado con la exposición a la Radiación Ionizante con dosis de 10 a 1000 rads, este incremento ha sido demostrado en las sobrevivientes de los bombardeos atómicos de Hiroshima y Nagasaki, en mujeres que tuvieron múltiples fluoroscopías en el curso de tratamiento de tuberculosis, mujeres tratadas con radioterapia por mastitis y niñas tratadas con radioterapia por crecimiento del Timo.

Datos acumulados indican que el tratamiento a largo plazo, más de 10 años, con Estrógenos, por sintomatología de la menopausia, incrementa el riesgo de cáncer de mama en 1,5 veces en relación a las mujeres no tratadas, sin embargo, el beneficio que se obtiene en relación a la prevención de la osteoporosis y de los problemas cardiocirculatorios, compensan este pequeño aumento en el riesgo para la neoplasia de mama.

Los Anticonceptivos Orales no tienen influencia sobre la incidencia del cáncer de mama, sólo existe alguna relación en aquellos casos en que se han tomado por más de 5 años seguidos y en mujeres menores de 25 años, en este caso el incremento del riesgo es de 1,6 veces.

La dieta es también un factor de relativa importancia en cuanto a incrementar el riesgo para esta enfermedad. La American Cancer Society, ha establecido pautas dietéticas basadas en la investigación, para reducir el riesgo de éste y otros tipos de cáncer, así diversos autores admiten que el consumo de grasas saturadas, así como la obesidad podrían ser factores predisponentes para el cáncer de mama, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. También existen reportes que mencionan que el consumo excesivo de alcohol y tabaco estarían relacionados con el cáncer de mama.

### **2.1.5 Síntomas.**

Diversas investigaciones han encontrado un grupo de factores de riesgo, o circunstancias, que hacen a una persona más predisponente para desarrollar el tumor (Alfaro Urquiza, José, 2008).

- **Edad:** el riesgo aumenta con la edad. La mayoría de cánceres de mama se produce sobre los 50 años; a los 60 el riesgo es más elevado y resulta muy poco frecuente por debajo de los 35 años, aunque también es posible.

- **Sexo:** las mujeres son las más propensas a desarrollar cáncer de mama. Los hombres también pueden sufrirlo, pero la probabilidad es de uno por cada cien mujeres.
- **Antecedentes familiares:** las posibilidades aumentan si una hermana, padre o hija ha sufrido esta enfermedad. Además este riesgo se eleva si el familiar que ha padecido cáncer lo ha hecho antes de la menopausia, o si ha afectado a los dos senos.
- **Haber sufrido otro cáncer:** el riesgo de cáncer de mama aumenta si se ha sufrido previamente otro cáncer, especialmente de ovario o de colon, o un carcinoma lobular o ductal in situ (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos o en los conductos galactóforos de los senos, o conductos mamarios). Otro posible factor de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno.
- **Menopausia tardía** (posterior a los 55 años)
- **No haber tenido hijos**, o el primer parto a partir de los 30 años.
- **Factores medioambientales:** se está investigando la posible influencia de pesticidas, campos electromagnéticos o contaminantes en agua y comida.
- **Estilo de vida:** algunas investigaciones han hallado un posible vínculo entre el consumo de alcohol y el desarrollo de cáncer de mama.
- **Obesidad:** A pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición del cáncer de mama.
- **Estrés:** Una vida activa hasta límites excesivos no es conveniente ni beneficiosa. Llevar una vida estresante es nocivo para la salud y, en consecuencia, puede favorecer la aparición de enfermedades

- **THS:** Ciertos investigadores indican que a partir de los 10 años con terapia hormonal sustitutiva (THS) puede aumentar el riesgo de cáncer, mientras que otros destacan que no importa durante cuánto tiempo se ha tomado en el pasado, puesto que el riesgo de cáncer existe entre las que siguen la terapia hormonal, no entre las que la siguieron en un pasado.

### **2.1.6 Prevención.**

La autoexploración y las mamografías son las herramientas más útiles para encontrar bultos sospechosos en los pechos. En general, la técnica de la mamografía facilita la detección de pequeños bultos, difíciles de predecir mediante la palpación de la mama. Este tipo de prueba debe repetirse anualmente a partir de los 40 años.

### **2.1.7 Tipos.**

No todos los tumores o bultos que aparecen en las mamas son un síntoma de cáncer. De hecho, nueve de cada diez bultos son benignos. Estos tumores no cancerosos pueden ser fibrosis o tumores de tejido conectivo y glandular, o bien, quistes o bolsas llenas de líquido. Los tumores benignos de mama (fibroadenomas) no constituyen un peligro para la vida y suelen tener fácil tratamiento. El principal tipo de cáncer de mama es el adenocarcinoma, que se produce en tejidos glandulares de cualquier parte del organismo. Los tumores específicos del seno son:

- **Carcinoma ductal.**

El carcinoma ductal (localizado en los conductos) in situ se encuadra en los conductos mamarios o galactóforos, a través de los cuales la leche llega hasta el pezón. Si no se trata, puede extenderse más allá de los conductos mamarios y originar metástasis. Por esto es muy

importante detectar a tiempo su presencia, para evitar la progresión hacia el cáncer. Esta detección sólo puede realizarse a través de pruebas específicas, como una mamografía, puesto que el carcinoma in situ no suele producir ningún síntoma. El carcinoma ductal invasor, o infiltrante invade el tejido adiposo del seno, desde uno de los conductos. El carcinoma invasor es el más frecuente de los cánceres de mama; supone aproximadamente el 80 por ciento de todos los que se producen.

- **Carcinoma lobulillar o lobular.**

Dentro de este tipo se encuentra el carcinoma lobular in situ, también llamado neoplasia lobular. El carcinoma lobular invasor sigue el mismo proceso de infiltración que el carcinoma ductal invasor hacia el tejido adiposo, pero desde los lobulillos.

- **Cáncer inflamatorio de mama:**

Se trata de un cáncer bastante agresivo, que crece rápido. Se denomina inflamatorio porque las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos y esto se manifiesta en la piel, que adquiere una apariencia gruesa y ahuecada, similar a la de una cáscara de naranja.

- **Otros tipos.**

El mucinoso o coloide, es poco frecuente de cáncer de mama, en el que las células cancerosas producen cierta mucosidad, y el medular, un tumor infiltrante, pero con mejor pronóstico que otros cánceres invasores.

- **Cáncer de Paget.**

Se propaga por la piel del pezón y de la areola. En este tipo de cáncer, la piel del pezón y de la areola aparece escamosa y rojiza, con ocasionales pérdidas de sangre. En ocasiones, la enfermedad de Paget puede estar asociada con un carcinoma in situ o infiltrante.

### **2.1.8 Diagnósticos.**

La mamografía es una prueba de imagen por rayos X que detecta la presencia del tumor en la mama, antes de que sea perceptible al tacto. Al ser el mejor método de detección, los especialistas recomiendan que todas las mujeres se realicen esta prueba cada año, a partir de los 40-55 años. Estas pruebas pueden completarse con otras más específicas, para detectar la gravedad del cáncer, tales como una resonancia magnética (RM), una ultrasonografía, o una biopsia, en la que se toma parte del tejido afectado para analizar en el laboratorio las características de las células cancerosas.

### **2.1.9 Tratamientos.**

Existen varios tipos de tratamiento que pueden emplearse en un cáncer de mama. La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas. Con la clasificación realizada por los médicos se establecen el tamaño del tumor, los ganglios linfáticos afectados y el grado de metástasis o propagación a otros órganos, si es que hay. La más utilizada es el sistema TNM, creada por el Comité Conjunto Americano del Cáncer. Cada letra alude a una característica, que se define con un número:

- **T (tamaño)**, seguido de un número del 0 al 4, se refiere al tamaño del tumor, cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número.

- **N (nódulos)**, del 0 al 3, hace alusión a los ganglios linfáticos que se encuentran afectados por las células cancerosas.
- **M (metástasis)**, seguida de un 0 ó 1, indica si el cáncer se ha extendido (1) o no (0) a otros órganos.

En las etapas primeras del cáncer, se recurre a la cirugía para extirpar el tumor, aunque a menudo el abordaje quirúrgico se complementa con radioterapia para eliminar las células tumorales que hayan podido escapar al bisturí. Si el cáncer se encuentra diseminado en otras zonas del organismo, se emplea la quimioterapia o la terapia hormonal. Aquí también tiene cabida la administración de radioterapia, en zonas concretas donde se encuentren localizados grupos de células cancerosas.

- **Cirugía.** El tipo de intervención quirúrgica depende de la extensión del tumor. Si el tamaño del tumor lo permite, el cirujano puede realizar una lumpectomía, que consiste en la extirpación de parte del tejido mamario. Con la mastectomía, en cambio, se extirpa la mama por completo. Ambas intervenciones pueden requerir la erradicación de los ganglios linfáticos más próximos (situados en la axila).
- **Radioterapia.** Es un tratamiento local, al igual que la cirugía. De hecho, en ocasiones se administra radioterapia después de una intervención quirúrgica, para eliminar las células cancerosas que no hayan sido extirpadas. La radioterapia es una eleva concentración de rayos X dirigida a un punto concreto. Al aplicar este tratamiento tras extirpar un cáncer, los médicos se aseguran de erradicar por completo el tumor.
- **Quimioterapia.** Junto con la terapia hormonal, son los tratamientos más utilizados en cáncer de mama. Los tratamientos hormonales persiguen detener la progresión del cáncer, alterando los niveles de hormonas femeninas. En cambio, la quimioterapia erradica las células cancerosas, destruyéndolas. Estas son las principales familias de quimioterápicos empleados contra el cáncer de mama:

- **Alquilantes:** actúan sobre el ADN evitando que la célula cancerosa se reproduzca. A esta familia pertenece busulfán, cisplatino, ciclofosfamida, dacarbazina, ifosfamida, mecloretamina y melfalán.
  - **Antimetabolitos:** interfieren en el crecimiento del ADN y del ARN celular. Se encuentran en este grupo: 5-fluoracilo, metotrexato, gemcitabina, citarabina y fludarabina.
  - **Antibióticos antitumorales:** actúan en el ADN deteniendo la acción de ciertas enzimas causantes de la mitosis (división por la que se reproducen las células). Algunos de ellos son la bleomicina, dactinomicina, daunorubicina, doxorubicina e idarrubicina.
- **Inhibidores de la mitosis:** son sustancias de origen natural que frenan la mitosis (fórmula de reproducción celular). Estos inhibidores incluyen el paclitaxel, docetaxel, etoposida, vinblastina, vincristina y vinorelbina. La quimioterapia se administra generalmente por vía intravenosa, aunque algunas veces pueden darse quimioterápicos por vía oral o incluso intramuscular. Normalmente se deja de una a cuatro semanas entre una administración y otra de quimioterapia. Estos ciclos o cursos los establece el oncólogo según el grado de enfermedad y la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia.
- **Terapia hormonal:**
  - Tamoxifeno:** constituye el tratamiento hormonal utilizado con más frecuencia en el cáncer de mama. Este fármaco evita la liberación de estrógenos, con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan extendiéndose.
  - Toremifeno:** al igual que el tamoxifeno, es un modulador del receptor estrogénico y parece haber demostrado eficacia en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer de mama.
  - Progestágenos:** estas hormonas se producen de forma natural en el organismo de las mujeres, pero sus derivados artificiales pueden ser útiles en determinados tumores de mama. Junto con los progestágenos, otras terapias hormonales pueden ser la aromatasa, los análogos de la LHRH y la somatostatina, estos últimos suelen utilizarse entre las pacientes postmenopáusicas.

#### 2.1.10 Otros datos.

##### Efectos secundarios del tratamiento

- **Náuseas y vómitos** : para evitarlos se pueden requerir medicamentos antieméticos (contra los vómitos). El médico le indicará no sólo los que debe tomar antes de la sesión de quimio, sino también los que tendrá que tomar en su casa. Procure beber mucho líquido, pues es útil frente a las náuseas. Irán remitiendo cuando pasen unos días tras el tratamiento.
- **Pérdida de cabello**: a pesar de no ser un efecto grave, es motivo de angustia e insatisfacción para la mayoría de las pacientes, pues influye en la percepción de su propia imagen. Generalmente, la caída del cabello comienza a las dos o tres semanas del primer ciclo de terapia, remite al finalizar el tratamiento y el pelo vuelve a crecer a su velocidad normal.
- **Irritaciones en la boca**: con la quimioterapia son frecuentes las mucositis o irritaciones bucales. Es un trastorno más molesto que preocupante pues produce ardores en la boca. Para reducir esta alteración se recomienda extremar la higiene bucal y emplear cepillos de dientes con cerdas suaves, que no dañen las encías. También ayudan los enjuagues antisépticos.
- **Anemia**: uno de los efectos secundarios más importantes en la quimioterapia es la reducción de la cantidad de glóbulos rojos en sangre. La anemia se manifiesta a través del cansancio, la debilidad y la palidez extrema. En ocasiones puede requerir una transfusión de sangre. También puede aparecer plaquetopenia o disminución excesiva de las plaquetas (las células sanguíneas que coagulan la sangre en caso de heridas). Este efecto produce un aumento de los hematomas (cardenales) o sangrado en encías y nariz.
- **Neutropenia**: es otro de los efectos más vigilados por los médicos debido a la gravedad. Consiste en la reducción de los glóbulos blancos o leucocitos (las células que nos defienden de la intrusión de elementos patógenos, como virus o bacterias). La neutropenia favorece la aparición de infecciones (fiebre, infección urinaria, dolor de garganta). Cáncer de mama en hombres Uno de cada 100 casos de cáncer de mama se produce en un varón.

## 2.2 Patrones de funcionamiento y la adaptación familiar

Muñoz Cobos, Espinosa, Portillo y Rodríguez (2002), inciden en la necesidad de reflexionar sobre la llamada “especificidad de apoyo” y sugieren que “el apoyo será efectivo cuando se ajuste a las tareas que sea preciso solucionar” (p. 262). Este ajuste deberá centrarse en las

siguientes dimensiones: - Cantidad de apoyo: un exceso de apoyo puede generar situaciones de dependencia, de paternalismo e incluso de anulación de la persona. La propia persona enferma, puede sentir el apoyo como una fuente de estrés si no está en disposición de darlo o si se siente en deuda por el apoyo recibido. - Momento del apoyo: las diferentes fases por que transcurre el proceso de la enfermedad hacen que las necesidades de apoyo requieran que se adapten en función de las demandas del momento concreto. - Origen del apoyo: en función de quien provea tal apoyo, la persona enferma puede aceptarlo y percibirlo de diferente manera.

La familia y el paciente constituyen el binomio objeto de atención en los cuidados paliativos. La intervención adecuada sobre la misma familia tanto su bienestar como el de la persona enferma.

La familia puede presentar diversas alteraciones que repercutan en su capacidad de adaptación a la crisis provocada por tener a uno de sus componentes afectado por una enfermedad en fase terminal.

La alteración de la comunicación familiar es frecuente, y su máxima expresión es la conspiración del silencio. Se oculta continuamente al enfermo la realidad de su situación y pronóstico (Muñoz Cobo, Espinoza Almendro, & Portilla, 2002)

### **El abordaje de la familia: aspectos generales**

Debería realizarse entendiendo que la familia puede presentar diversas alteraciones (tabla 1).

Para la detección de estas reacciones se precisa una valoración sistemática basada en el conocimiento del genograma y ciclo vital, el funcionamiento familiar, la experiencia familiar previa ante situaciones similares o de crisis de diversa índole y los recursos de apoyo disponibles, humanos y materiales.

### **Los patrones de funcionamiento y la adaptación familiar**

Ante la crisis que supone la enfermedad terminal, las familias presentan dificultades para flexibilizar sus costumbres y perpetúan patrones previos de funcionamiento que pueden ser ineficaces para adaptarse a la nueva situación<sup>5,7,8</sup>. Estos patrones (basados en la historia, valores y reglas familiares) pueden dificultar la comunicación intrafamiliar, la distribución de tareas o el conflicto de roles, entre otros. La intervención de los profesionales ante esta situación debe ir dirigida a flexibilizar el funcionamiento.

Son diversas conductas de escape que no tienen relación con la situación o en todo lo contrario, es decir implicarse mucho en solucionar la situación que esta atravesando. Las estrategias utilizadas son las siguientes:

- Actividades distractoras: Realizar actividades que no tienen que ver con la situación estresante para no pensar en ella. En general es un afrontamiento poco adaptativo según Carver y colaboradores (1989).

- Concentrarse en esfuerzos para solucionar el problema: Centrar los esfuerzos en resolver la situación que está pasando, dejando otras cosas de lado si es necesario.

- **SENTIDO DE LA VIDA.**

Ante la idea de sentido de la vida, es algo relevante en la existencia humana se puede deducir que también puede ser importante en situaciones de crisis como pueden ser la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, que forman parte de toda vida humana el cual son considerados y comprendidos dentro de un sentido global de la existencia humana.

“El sentido de la vida no se puede inventar sino tiene que ser descubierto”, “El hombre que piensa que su vida no tiene sentido, no es infeliz, sino, es que no sirve para vivir” Einstein (citado por Frankl, 1999).

### **Concepto.**

El concepto de sentido, como se ha explicado previamente, es la búsqueda de significados o propósitos en la propia vida (Frankl, 1999; Längle, 2005); significados de forma global (de todo lo existente en conjunto o de toda una vida) (Frankl, 1988, 1990, 1999) o en relación con circunstancias específicas para tratar de comprender su significado. Además, se podría plantear la posibilidad de un sentido último de todo. Park y Folkman (1997) también han realizado una distinción similar al diferenciar entre sentido global y sentido situacional. La idea de un sentido situacional es similar al sentido contextual de Fife (1994). Para Frankl (1988, 1990, 1999), Längle (2005), Park y Folkman (1997) el sentido global serían las metas básicas y asunciones fundamentales, creencias y expectativas sobre el mundo; el sentido situacional esta en relación con la interacción entre creencias globales y las metas de una persona en una determinada situación, lo que sería perfectamente aplicable para cualquier experiencia adversa, como lo es el hecho de tener un cáncer. Este sentido situacional tiene grandes semejanzas con el concepto de evaluación cognitiva propuesto por Lazarus y Folkman (1986).

Para Frankl (1988, 1990), no es el hombre quien hace la pregunta ¿cuál es el sentido de la vida?, sino que es a él a quién se le hace esta pregunta. Cada hombre sólo puede responder a la vida, respondiendo con su propia vida, en su situación concreta. Cada situación sería como una llamada, primero a escuchar y luego a responder. Considera el siguiente:

**1) Valores de creación:** se pueden desarrollar mediante actos creativos. Por ejemplo realizando un trabajo o una actividad en la que se hace algo. El hombre que se realiza a través de estos valores será el que Frankl denomina “homo faber”. Yalom (1984) coincide en este planteamiento, considera una vida creativa tiene de por sí significado, y la posibilidad de ser creativo en cualquier actividad aumenta el valor de la vida. Además la creatividad, según este autor, se puede equiparar con el altruismo si se utiliza para mejorar la condición del mundo y descubrir la belleza para proporcionar placer a los demás.

**2) Valores experienciales:** tienen que ver con sentir o experimentar algo. Consisten en desarrollar la capacidad de vivir intensamente las circunstancias, disfrutando, experimentando algo o sintiendo amor por otras personas. Según Längle (2005), estos valores se pueden desarrollar cuando la esencia de una situación es valiosa por sí misma.

**3) Valores de actitud:** son los que el hombre puede realizar cuando no puede desarrollar valores experienciales o de creación, como puede suceder ante una situación de gran sufrimiento que no se puede cambiar. Entonces aún le quedaría a la persona la posibilidad de elegir la actitud a tomar, aunque todas las circunstancias se volvieran en contra. Dicha actitud sería un cambio desde el interior de uno mismo.

Frankl (1988) afirma, el hombre ha de soportar las tensiones y orientarlas a los valores, si trata de deshacerse de ellas a cualquier precio lo único puede conseguir es engañarse o evitar el enriquecerse de la situación.

Yalom (1984) diferencia entre sentido de la vida a nivel individual es equiparable con el significado de la propia vida y el sentido de la vida dentro de un significado cósmico.

Sin embargo, a veces uno puede no comprender su lugar en este gran diseño o pensar que su conducta le hizo perder en dicho plan, supondría un sufrimiento más por un sentimiento de culpa y no por la falta de sentido.

- **SENTIDO DE LA VIDA Y SIGNIFICADO DEL CÁNCER.**

Las enfermedades que amenazan la vida tienen el potencial de alterar los roles que asume el individuo, amenazando sus proyectos vitales y el sentido que ha dado a su vida hasta ese momento (Henrion, 1983; Noguchi et al., 2006). Por los motivos citados puede disminuir la ilusión de autonomía y control personal que es tan importante en nuestra cultura (Taylor, 1983, 1984).

El cáncer impone un nivel de cambio que no se asimila fácilmente, los individuos se ven forzados a reorganizar aspectos centrales de sus vidas que implican cambios en su percepción del sentido (que se puede ver perdido o alterado), en relación con su identidad y el contexto social en el que se encuentran a sí mismos y en relación con entender el origen de su situación (Fife, 1994). La búsqueda de significado parece ser una parte importante de la experiencia de padecer un cáncer, pues supone una situación de crisis que puede forzar a la persona a buscar nuevos significados en su vida que integren esta experiencia, señalado por Taylor, (1995); Thompson & Janigian, (1988). (Kramer Ja,1999).

Esta situación puede ser una situación de crisis personal, que al igual que otras crisis vitales requiere que se reconstruya y transforme el sentido en el que se basa la vida, pero también podría ser una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal (Kroeff, 1999) o una oportunidad para encontrar beneficios en la experiencia (Taylor, 1995). En estas situaciones es de vital importancia el sentido que se desarrolle de las experiencias tempranas de la crisis,

que proporcionan una base sobre la que el sentido es construido de cara al futuro (Fife, 1994), por lo tanto el sentido es un elemento importante para estos pacientes (Ersek y Ferrell, 1994; Taylor, 1993; Weisman, 1979). En relación con el sentido o significado que se da a la situación de padecer un cáncer, señala Bayés R. (2001) que lo importante frente a la situación de enfermedad *“no son los síntomas en sí mismos sino las valoraciones de intensidad amenazadora que los mismos suscitan en las personas concretas que los padecen”* por lo tanto, *“lo que origina el sufrimiento no son los hechos sino el significado que les atribuyen los enfermos y sus personas queridas.*

La confrontación con todas las dificultades que supone tener un cáncer puede producir una pérdida del sentido de la vida (Noguchi et al., 2006), pero no tiene por qué ocurrir siempre si son capaces de encontrar un sentido a lo que les está pasando (Frankl, 1990; Henrion, 1983; Yalom, 1984); el sentido puede ayudar a soportar la situación de enfermedad.

Los temas existenciales sobre la muerte, relaciones humanas, identidad, el sentido y el propósito de la vida son de vital importancia para muchos pacientes con cáncer (Fife, 1994; Weissman, 1976-77, 1979). En consonancia con estas ideas afirma Acevedo (1985) que *“la búsqueda de sentido en la vida, y especialmente en la situación de enfermar, tiene efectos terapéuticos, porque las preguntas que surgen en lo más profundo del ser humano, en las situaciones límites, se refieren precisamente al sentido de la vida; y esto origina un mejoramiento del medio (existencia humana) en el que se está desarrollando el proceso de la enfermedad”* (p.95). En consonancia con estas ideas, Yalom (1984) comprobó que para algunos enfermos terminales con cáncer, era posible encontrar un sentido a la vida y que los encontraban un sentido profundo del significado de sus vidas vivían más plenamente y se

enfrentan a la muerte con menos desesperación que aquellos cuyas vidas carecen de significado.

La habilidad para encontrar sentido de un evento amenazante, a menudo proporciona una adaptación exitosa a la enfermedad (Taylor EJ, 1993; Thompson & Pitts, 1993), por lo que las personas con cáncer, luchan por dar un sentido a su enfermedad (Ersek y Ferrell, 1994). Aquellos que le dan un sentido más negativo suelen tener un peor estado psicológico, dicho sentido más negativo es más frecuente en estadios más avanzados de la enfermedad y en personas más jóvenes encontraban más sentido a la vida en la situación de tener un cáncer (Pinquart, Frölich y Silbereisen, 2007).

Frankl (1999) sostiene que es posible que el significado de la vida se halle, no sólo a pesar del sufrimiento, sino a causa del sufrimiento inevitable, como puede ser una enfermedad incurable. La enfermedad genera sufrimiento y a través de este sufrimiento, el hombre puede hallar la ocasión de profundizar en su propia existencia (Monge y León, 1999).

El significado que se le da al cáncer implica la percepción que uno tiene de sí mismo en el contexto del mundo que le rodea y en relación con el sentido de su vida; dicho significado hallado en la situación de tener un cáncer le puede ayudar a vivir mejor con su situación. El sentido abarca la percepción individual de la habilidad de llevar a cabo metas futuras, de mantener las relaciones interpersonales de una forma adecuada, y de sostener una vivencia de vitalidad personal, competencia y poder. Es importante tener en cuenta el hecho de que el sentido o significado que se le da al cáncer, al igual que el sentido de la vida, es único para cada persona y específico de la experiencia concreta por la que está pasando.

Dicho significado del cáncer se construye sobre la base de lo que es importante en la vida para cada uno, como sujeto que se ve afectado por una experiencia de enfermedad y por otra parte influye en la conducta del enfermo y en su adaptación a la misma (Fife, 1994).

Según Fife (1994), son tres los factores que se podría esperar que afectaran al significado que se da al cáncer:

- 1) El grado en el que la persona percibe que está capacitada para controlar la situación.
- 2) Las vías objetivas en que el suceso afecta las habilidades habituales para funcionar.
- 3) Cualquier cambio relacionado con la situación en relación como el individuo es percibido por los otros.

Considera cuatro aspectos en el significado que se la da al cáncer:

- 1) Respuesta del individuo a la enfermedad: aspectos difíciles y aspectos positivos.
- 2) Cambios que ocurren como consecuencia de la enfermedad en la autopercepción de uno mismo.
- 3) Impacto del cáncer en las relaciones del individuo con el mundo social.
- 4) Anticipación de efectos de la enfermedad en el mundo futuro.

Según esta autora, hay una importante asociación entre los roles sociales, la integración en el mundo social y el sentido de uno mismo. Cuando la enfermedad afecta a una de estas dimensiones, se produce una repercusión sobre las otras.

## **2.3 RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y CÁNCER.**

### **Introducción.**

La religión y la espiritualidad juegan un papel importante en la vida de muchos individuos y los enfermos con frecuencia usan prácticas de tipo espiritual y/o religioso como vía para afrontar el estrés que les provoca su situación (Ferrell, 2003; Flannelly, Weaver y Costa, 2004; Koenig et al., 1992; Taylor, 2001).

La idea de tener en consideración la dimensión espiritual en los pacientes parte del tomar conciencia de las necesidades que plantean los propios pacientes, pues tal y como afirma Bayés (2006) “en todo momento, es el enfermo quien delimita y prioriza sus objetivos y necesidades de acuerdo con sus propios valores” y con frecuencia los enfermos que se enfrentan a la muerte manifiestan necesidades de tipo espiritual o trascendente (Bayés, 2006; Murray, 2004; Taylor, 2003; Walter, 1997).

Es importante diferenciar el ámbito de la religiosidad y de la espiritualidad porque hay personas que se ven a sí mismas como “espirituales” pero no pertenecen a un contexto religioso específico. Estas personas afirman que la dimensión espiritual les ayuda a afrontar su enfermedad, como también les puede ayudar a quienes profesan un credo determinado (Holland *et al*, 1998). Por otra parte, es importante tener en cuenta la posibilidad de apoyo social que proporciona la pertenencia a una comunidad de tipo religioso, lo que también es un factor positivo en la adaptación positiva a la enfermedad (Ferrell et al, 2003; Holland *et al*, 1998).

## **2.4 HIPÓTESIS.**

### **2.7.1 Hipótesis central.**

El tipo de vivencias del cáncer de mama se relaciona con el impacto de la familia en las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico del Perú.

El tipo de vivencias del cáncer de mama no se relaciona con el impacto de la familia en las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico del Perú.

### **2.7.2 Hipótesis específica:**

- El tipo de vivencias del cáncer de mama es la adaptativa
- El impacto de la familia es bueno.

Con el planteamiento de la presente hipótesis se trata de conocer la relación entre el tipo de vivencia del cáncer de mama y el impacto de la familia.

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA.

#### 3.1. Diseño de Investigación y Tipo de Estudio.

El presente estudio es observacional, descriptivo, correlacional, y de corte transversal.

- a) **Observacional, descriptivo**, debido a que el investigador no interviene manipulando el fenómeno, esta dirigido a observar, y medir las variables de las vivencias del cáncer de mama, y el impacto de la familia en las pacientes del Instituto Nacional Neoplásico del Perú - 2017.
- b) **Tipo Correlacional**, porque se determina la relación de variables de las vivencias de cáncer de mama y el impacto de la familia en las pacientes del Instituto.
- c) **Corte Transversal**, debido a que las variables de las vivencias del cáncer de mama y el impacto en la familia son medidas en un solo corte o momento.

#### 3.2. Descripción del Área Geográfica del Estudio.

El estudio se llevó a cabo en el “Instituto Nacional Neoplásico del Perú - 2017. Este hospital dentro de los niveles de atención de salud está ubicado en el IV nivel de atención, es un instituto nacional especializado para la atención de pacientes oncológicos, ubicada en la ciudad de Lima – Perú.

#### 3.3. Población de Estudio.

Considerando la naturaleza del estudio, la población está constituida por el total de pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama, en tratamiento activo con quimioterapia y/o

radioterapia hospitalizadas en el Instituto Nacional Neoplásico del Perú. La selección de paciente se realiza a través de los criterios de inclusión y exclusión.

**a) Criterios de Inclusión:**

- 1) Haber sido diagnosticados por primera vez en su vida de un cáncer de mama, dos meses antes de la aplicación del estudio (para evitar la fase de negación o el poco conocimiento sobre la enfermedad).
- 2) Conocer su diagnóstico de cáncer de mama.
- 3) Estar en tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.
- 4) Ser mayor de edad.
- 5) Consentimiento para participar en el estudio (tras lectura y aceptación del consentimiento informado que se les alcanzó por escrito).

**b) Criterios de Exclusión:**

- 1) Pacientes que hayan estado en tratamiento psicológico antes del diagnóstico del cáncer de mama.
- 2) Pacientes con alteración de las funciones cognitivas, que puedan impedirles comprender y responder las preguntas de los cuestionarios aplicados.
- 3) Menores de edad.
- 4) Pacientes que no conocen su diagnóstico o lo niegan.

**3.4. Muestra.**

Una población es desconocida (Nd), debido a los sujetos de estudio serán seleccionadas entre pacientes que están por recibir o están recibiendo tratamiento para el cáncer de mama, en el

servicio de consulta externa del Instituto. El procedimiento para la selección de las pacientes es de dos tipos:

- 1) Pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama, entre las que se encuentran en servicio de consulta externa para recibir su atención.
- 2) La propuesta de participación en el estudio por parte del investigador del presente estudio, a todas las pacientes que asisten al servicio de consulta externa.

Las pacientes que aceptan participar a través de la hoja de Consentimiento Informado.

Finalmente, los sujetos de estudio son todas las pacientes que acepten participar hasta la finalización del estudio.

### **3.5. Técnicas de Investigación.**

Tomando en cuenta los objetivos y propósitos de la investigación, se hará uso del método interrogatorio, a través de la técnica de la encuesta y entrevista, de dos instrumentos para recolectar la información, los que serán aplicados a todas las pacientes que asistirán a participar al servicio de Consulta Externa, que generaron información sobre las vivencias del Cáncer de mama, y el impacto en la familia.

El instrumento que se aplicara para la recolección de la información serán los siguientes:

1. Hoja informativa y formulario de consentimiento informado (Anexo I).

Se realizaron preguntas sobre el compromiso que tendrá la paciente para responder los cinco cuestionarios en un período máximo de dos días como tiempo límite.

2. Cuestionario de características sociodemográficas (ANEXO II).

3. Cuestionario de las vivencias y el Impacto de la familia que generará información sobre las vivencias del cáncer de mama y el impacto de la familia de las pacientes del Instituto.

**1) Prueba Piloto.**

Los instrumentos (Anexo III y III) se aplicarán en un 10% de pacientes que asistirán al hospital en una fecha diferente al periodo de aplicación del estudio, para incrementar la validez de los instrumentos serán sometidos a una prueba piloto en una población de 6 pacientes con Cáncer de Mama, en consultorio externo del servicio de triaje del Instituto Nacional Neoplásico, en pacientes con similares características a la población en estudio, con el propósito de realizar algunos ajustes a los instrumentos.

**2) Organización del trabajo de campo.**

Para la organización del trabajo de campo se realizarán las actividades siguientes:

1. Coordinación con el Área de Capacitación e Investigación del Instituto Nacional, previa evaluación y autorización se ejecutará. ión.
2. Se elaboraron dos instrumentos definitivos.
3. Selección de encuestadores y entrevistadores. Los encuestadores serán 10 estudiantes de enfermería de la Universidad María Auxiliadora.
4. Capacitación de los encuestadores. La capacitación se llevará a cabo antes de su aplicación es decir en el mes de Abril del 2018, en el horario de 15-18 horas durante cinco días en el Auditorio de la Universidad María Auxiliadora. a través de las técnicas didácticas como el sociodrama, etc.

### **3) Estudio Principal o trabajo de campo.**

**b)** Se llevará cabo en el Instituto Nacional Neoplásico del Perú, durante los meses de abril a junio del 2018, en el horario de 8:00 a 13 horas y de 15:00 – 17:00 horas. En los servicios de Consulta Externa.

**c)** Los instrumentos se aplicaron en el orden siguiente:

1ro. Se les entregará la Hoja informativa y formulario de consentimiento informado (Anexo I) previa selección de pacientes con Cáncer de Mama, que asistieron al Instituto.

2do. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo II)

3ro. Cuestionario de las vivencias e Impacto de la familia

Realizado el procedimiento de comprobación de los criterios de inclusión, se seleccionarán a las pacientes que cumplen con estos criterios para participar en el estudio, mediante una entrevista se les explicaba verbalmente el procedimiento y se procedía a la lectura de la hoja informativa y Consentimiento Informado, aclarándose cualquier duda que pueda surgir, la paciente procede a firmar dicho consentimiento de estar participando libre y voluntariamente en el mismo y explicándosele que tiene la opción de dejar de participar sin dar explicaciones si así lo prefiere. Previa aceptación se procederá a la aplicación de los instrumentos a través de la entrevista directa.

**d)** Explicación de los procedimientos de respuesta en cada instrumento en el orden de aplicación, para obtener la respuesta, en un periodo máximo de aplicación de tres días.

### **3.6. INSTRUMENTOS:**

#### **3.6.1 INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO.**

Está constituido por variables, que generaron información del perfil sociodemográfico de las pacientes sujetos de estudio así como la edad, escolaridad, procedencia, ocupación, religión (Anexo).

#### **3.6.2 INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS VIVENCIAS Y EL IMPACTO DE LA FAMILIA.**

Este instrumento, basados en discusiones teóricas específicas este instrumento generará información acerca las vivencias del cáncer de mama y el impacto de la familia, que se aplicarán en el presente estudio, debido a que proporciona una medida precisa del las vivencias e impacto de la familia de las pacientes. Que establecen esta distinción en dos grupos:

- A) Estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico (desconexión mental, y conductual, negación y centrarse en las emociones, y desahogarse).
- B) Estrategias teóricamente adaptativa, ( mal estar psíquico dentro de límites manejables, mantienen la autoestima, mantienen las relaciones con personas significativas de una forma satisfactoria, lleva a la persona a acciones para recuperar su salud física e incrementan la probabilidad de mantener la sensación de tener una personalidad valorada, y aceptada socialmente después de haberse recuperado físicamente). Por ejemplo la negación se considera como la no adaptativa.

Las escalas de calificación aplicados son por categorías y son las siguientes:

- No hice esto en absoluto : de 01 – 60 puntos.

- Hice esto un poco : de 61 – 120 puntos.
- Hice esto bastante : de 121 – 180 puntos.
- Hice esto muchísimo : de 181 – 240 puntos.

### **Validez y Confiabilidad del Instrumento.**

- a. **Consistencia interna** de las distintas escalas es mayor cuando se utiliza la versión situacional del cuestionario, referida al acontecimiento más estresante experimentado por el sujeto en los últimos dos meses.
- b. **Validez de constructo**, la estructura del contenido han mostrado la correspondencia con el modelo teórico.
- c. **Análisis** entre las distintas escalas, se contrastará entre las variables de las vivencias del cáncer de mama y el impacto de la familia. en dos dimensiones, una que incluiría las vivencias teóricamente No Adaptativas (desconexión mental y conductual, negación, centrarse en las emociones y desahogarse y Uso de alcohol y otras drogas) y la Adaptativa (Carver et al., 1993). (Anexo)..

### **3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.**

#### **Procesamiento de datos.**

Los datos generados a través de los instrumentos, previamente serán pre codificadas, y finalmente codificadas, para construir una base de datos, y ser procesados en el paquete estadístico SPSS/PC con base a coeficientes de calificación cualitativa y cuantitativa de cada instrumento con el objetivo de garantizar la validez y confiabilidad de los instrumentos, y resultados.

Los resultados del tipo de vivencias se obtendrá a través de la escala de Likert, con el procedimiento siguiente:

- 1° Ordenar las puntuaciones del puntaje más bajo al puntaje más alto.
- 2° Determinar el cuartil (C) por rangos de puntajes, denominados C1 (25%), C2 (25%), C3 (25%), C4 (25%).
- 3° Comparar el rango del cuartil (C1) con el Cuartil (C3), se trabaja con los cuartiles superiores e inferiores, osea el 25% de las personas con puntuación alta y el 25% de las personas con puntuación baja.
- 4° Determinar la media por cuartil a través de la expresión siguiente:

$$\text{La media de cuartil} = \frac{\text{Puntuación total}}{\text{Frecuencia de pacientes}}$$

5° Se dicotomizan los conjuntos de puntajes entre los puntajes más bajos con relación a la media y los puntajes más altos en relación a la media (por frecuencia y proporción de pacientes) y se distribuyen los datos en una tabla de 2x2.

6° Se someterá a la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), con 1 Grado de Libertad (gl=1), por ser una población mayor de 30.

#### **Análisis e Interpretación de datos:**

Los datos serán analizados haciendo uso de las herramientas matemáticas y estadísticas paramétricas y no paramétricas: las paramétricas hallarán las frecuencias simples y acumuladas, la media, la mediana, desviación estándar de todas las variables. El tipo de vivencia del cáncer de mama y el impacto de la familia, será determinado por la frecuencia simple y acumulada, a través de dos categorías adaptativo y no adaptativo, e impacto de la familia, bueno, regular y malo.

Prueba de Chi cuadrado para las tablas de contingencia.

Tablas de Contingencia. Es una tabla de frecuencia simple de dos vías, sus renglones y jerarquizados sobre dos bases de clasificación.

Prueba de Chi cuadrado de homogeneidad.

Es una prueba estadística aproximada que se usa para determinar si las frecuencias esperadas en un renglón son proporcionales a las frecuencias esperadas en cada uno de los otros renglones de la tabla de contingencia, o si los números de una columna son proporcionales a los números de cada una de las otras columnas de la tabla. Las variables de interés del estudio que se someterán a estas pruebas son: vivencias (Adaptativo y No adaptativo) según modos de vivencias (centrado en el problema, y centrado en las emociones) de las pacientes con Cáncer de mama.

Se someterán a la prueba de  $\chi^2$  (variables con categorías), para determinar la relación de las variables de vivencias del cáncer de mama, y el impacto de la familia.

El Análisis de las variables intervinientes (otras variables), como son los sociodemográficos, se determinarán las frecuencias simples y acumuladas, la media, mediana de todas las variables, a través de las pruebas paramétricas para determinar el perfil sociodemográfico de la población en estudio.

## **BIBLIOGRAFIA.**

### **Referencias:**

- (Muñoz Cobo, Espinoza Almendro, & Portilla, 2002)
  
- Alfaro Urquizo, José. Cáncer de mama. 2008: 1-2.
  
- Avis Cg, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, 75(2): 561-574.
  
- Bayés, R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
  
- Crespo M, Cruzado Ja. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario cope con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997; vol. 23(92): 798-830.
  
- Crespo M, Cruzado Ja. Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y estrés*. 1998; 4 (2-3): 259-279.
  
- Crumbaugh J, Maholick L. Cross validation of purpose-in-life test based on frankl concepts. *Journal of Individual Psychology*. 1968, 24: 74-81.
  
- Daaleman Tp, Vandecreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *Jama*. Nov 15, 2000; 284: 2514-2517.
  
- Davis Cg, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, 75(2): 561-574.
  
- D. M. Parkin, P. Pisani And J. Ferlay. Statistics are given for global patterns of cancer incidence and mortality for males and females in 23 regions of the world. *Unit of Descriptive Epidemiology, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France*. 2005: 1-3.
  
- De Los Ríos, Amador. Qué es el cáncer de mama. *Asociación Española Contra El Cáncer*. C (5), 28010 Madrid. 2005: 1-8.
  
- Delgado Me, Llorca Ramón G, Blanco González L, et al. *Psicosomática y cáncer*?. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*.; 1989 17(3): 169-175
  
- Derogatis Lr, Morrow G, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale A, Henrich M, Carnicke M. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. feb 11, 1983; 249 (6): 751-757.

- Ferrero Berlanga J, Toledo Aliaga M, Barreto Martín P. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1995; 27(1): 87-102.
- Fife Bl. The conceptualization of meaning in illness. *Social Science & Medicine*. 1994 Jan; 38(2):309-16.
- Folkman S, Lazarus Rs, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychoogy*. 1986; 50: 992-1003.
- García, Victoria, Viniegras, Carmen R.; y González Blanco, M. Bienestar psicológico y cáncer de mama” en el hospital clínico quirúrgico hermanos ameijeiras, Cuba. *Revista, Avances en Psicología Latinoamericana*. Bogotá (Colombia); Vol. 25: 72-80. 2007: 1794-4724.
- Jemal Ahmedin; Siegel, Rebecca; et al. *Cancer Statistics, 2006*, American Cancer Society. USA. 2006: 1-6.
- Kramer Ja. Use of the hospital anxiety and depression scale (hads) in the assessment of depression in patients with inoperable lung cancer. *Palliative Medicine*. 1999 Jul; 13 (4): 353-4.
- Lazaruz, R.S. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal Of Psychiatry And Medicine*. 1974; 5: 321-33.
- Ledón Llanes, Loraine, Agramonte Machado, Adriana, et al. Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Instituto Nacional de Endocrinología, Cuba, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; 2007:1-3.
- Lipowski Zj. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*. 1970; 1(3): 91-102.
- Llull Darío Martín, Zanier Justo, y García, Fernando. Afrontamiento y calidad de vida. un estudio de pacientes con cáncer, *Psico-Usf*; V. 8(2): 175-182; V.6 (.2): 55-64; Argentina. 2003.
- Moos Rh, Schaefer Ja. The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. en: Moos Rh (ed.). *Coping With Physical Illness: new perspectives*. New York: Plenum Press; 1984:25-370.
- Moorey S, Greer S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books; 1989.

- Palacios, Santiago. Qué es el cáncer de mama. instituto de salud y medicina de la mujer. Rev. Salud Familiar, 2005: 1-6.
- Pérez Rodríguez, Sandra. Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo. Universitat de Valencia, Servei de Publicacions; 2008.
- Pinillos, Luis – Ashton. Cáncer en el Perú: retos para el milenio. Acta Med. Perú. 23(2) 2006: 55.
- Portillo Por Zoraida. Incremento acelerado de cáncer de mama en Lima, Perú; 2007: 1-2.
- Pocino M, Luna G, Canalones P, Mendonza 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.
- Ray C, Lindop J, Gibson S. The concept of coping. psychological medicine. 1982; 12(2): 385-395.
- Rodríguez Fernández , Isabel. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida. Madrid, 2006: 87-212.
- Robles Sylvia C, Y Galanis, Eleni. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe” Rev. Panam Salud Publica vol.12 (2) Washington; 2002.
- Steeves Rh. Patients who have undergone bone marrow transplantation: their quest for meaning. Oncology Nursing Forum. 1992 Jul; 19(6):899-905.
- Taylor Se, Armor Da. Positive illusions and coping with adversity. Journal of Personality; 1996, 64: 873-898.
- Timko C, Janoff-Bulman R. Attributions, vulnerability and psychological adjustment: the case of breast cancer”. Health Psychology; 1985 4(6): 521-540.
- Velarde Raúl, Liga Peruana de lucha contra el Cáncer. Cuatro mujeres mueren al día con cáncer de mama, Perú, 2012: 1-2.
- Weisman Ad. (1979) “Coping with cancer”. New York: McGraw-Hill Book Company; 1979: 92-124, 187-196.

**Bibliografía (textos):**

- Bernal T. César Augusto, Metodología de la Investigación. Edit. Prentice Hall, Colombia, 2000: 185 – 212.

- Frankl Ve. El Hombre en busca de sentido último. Barcelona: Paidós. 1999.
- Folkman S, Greer. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*. 2000; 9(1): 11-19.
- Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer. El Cáncer en el Perú y en el Mundo. 2005: 1.
- Hernández Sampieri, Metodología de la Investigación, Edit. Mc Graw Hill, México, 2006: 309 – 384.
- Lazaruz, R.S. Folkman. El concepto de Afrontamiento. Estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España; 1986.
- Lee V, Cohen Sr, Edgar L, Laizner Am, Cagnon Aj. Clarifying “meaning” in the context of cancer research: a systematic literature review. *Palliative And Supportive Cancer*. 2004:291-30.
- López, Abente G, Hernández-Barrera, V., et al. Municipal pleural cancer mortality in Spain, occupational and environmental medicine, Madrid; 2007:1-3.
- López Martínez, A. E. Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida. En *Hombrados. M I, Comp. Estrés y Salud*. Valencia. Promolibro. España; 1997: 39 – 69.
- Mohammad Naghi Namakforoosh, Metodología de la investigación, Edit. Limusa, México, 1986: 370 - 481.
- Rodríguez Fernández, Isabel. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida. Madrid, 2012: 45-67.
- Rowland Jh. Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland JC. *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1989: 44-56.
- Taylor Se, Lichtman Rr, Wood Jv. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1984: 489-498.
- Temoshok L. personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*; 1987: 545-567.