



## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL POSIBLE DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MAMARIA

M.E. Olivares Crespo\* y J.A. Cruzado Rodriguez

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

1998, 4(2-3), 253-279

**Resumen:** Se presenta una investigación sobre las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre mujeres con patología mamaria oncológica y con patología benigna. Se utilizó un diseño cuasi-prospectivo en una muestra constituida por 212 mujeres en fase pre-biopsia para la confirmación de cáncer de mama. Todas ellas fueron evaluadas mediante el Cuestionario COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) previamente al diagnóstico. Los resultados mostraron un mayor uso de las estrategias de apoyo social y evitativas en las pacientes con patología oncológica. Mientras que las pacientes con patología mamaria benigna mostraron una utilización más frecuente de la supresión de actividades distractoras. Estos resultados se mantienen cuando se diferencian los niveles de gravedad de la patología y se controla el posible efecto de la edad. Se expone la interpretación de dichos datos y las sugerencias clínicas.

**Palabras Clave:** Psico-oncología, Afrontamiento al estrés, cáncer de mama, COPE.

**Abstract:** It is presented a research about differences on coping strategies among breast cancer patients and women without cancer. It is applied a quasi-prospective design. The sample was formed by 212 women, all were assessed by the COPE (Carver Scheier y Weintraub, 1989) before the diagnosis. The outcomes showed the more frequently use of the social support and evitative strategies by the breast cancer patients. The patients without cancer showed more common use of the suppression of distraction activities. This results were standing when the differences on pathological stages and the age effect are statistically controlled. It is exposed the outcome interpretation and the clinical implications.

**Key words:** Psycho-oncology, breast cancer, Coping, COPE

**Title:** *Differences on coping strategies among breast cancer patients and women without cancer*

### Introducción

En el campo del estrés, la línea trazada por Hans Selye ha sido asimilada por muchos autores. Originalmente define el estrés como la respuesta no específica del cuerpo a toda demanda sobre la que no se recibe ayuda. Básicamente, se ha asumido que el estrés implica dos conceptos, el de estresor y el de respuesta de estrés. Cuando se dice que alguien tiene estrés, tanto en el ámbito

científico como en otros medios, se supone -implícita o explícitamente- que se trata de un estado del organismo producido por agentes diversos. Lazarus y Folkman (1984), basándose en la idea de transacción, definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que aumenta o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. De la aproximación transaccional se puede deducir que existen distintas respuestas en dos personas o en la misma persona en distintas ocasiones. La

\* Dirigir la correspondencia a: Dra. M.E. Olivares Crespo, Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología - Campus Somosaguas, Universidad Complutense, 28223 Madrid  
E-mail: psper06@sis.ucm.es

respuesta de estrés es en sí misma multidimensional, incluye ajustes cognitivos, cambios efectivos y la reducción del bienestar emocional, un amplio rango de respuestas conductuales y el ajuste fisiológico en los sistemas autónomo, neuroendocrino e inmune (Steptoe, 1997).

Continuando con el hilo conductor del estrés es necesario centrarse en variables moduladoras para hacer frente al mismo, es decir, el estudio correcto de los efectos del estrés ha de incluir tanto los acontecimientos estresantes como los recursos y estilos de afrontamiento que utiliza el sujeto para hacer frente a las situaciones problemáticas. De modo particular el afrontamiento en la enfermedad crónica ha llegado a ser un área importante para la investigación y la intervención en la Psicología de la Salud, ya que un gran número de individuos sufren estas enfermedades. El diagnóstico de una enfermedad crónica o la expectativa de confirmación de la misma, conlleva un número complejo de problemas, dificultades emocionales y cambios en los estilos de vida, así como en las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas en las diversas situaciones ante las que se enfrenta el sujeto. El ajuste psicológico que sigue a un diagnóstico de enfermedad crónica, generalmente implica cuestiones relacionadas con la pérdida de funciones, lo que a su vez requiere el aprendizaje de nuevas habilidades y el ajuste de los estilos cotidianos de vida. Las cuestiones de autonomía e independencia de los profesionales sanitarios constituyen un problema a largo plazo en los programas de tratamiento, por ello la relación con el personal sanitario puede llegar a ser una de las mayores fuentes de disfunción en el manejo de la enfermedad crónica. De igual modo, el manejo de las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad son aspectos a los que ha de adaptarse el sujeto (Cassileth, Lusk, Strose, Miller,

Brown, Cross y Tenaglia, 1984; Whitlock, 1985; Pelechano, 1992).

De este modo y siguiendo esta línea de trabajo la presente investigación se centra en las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo específico de población con diagnóstico de enfermedad crónica, el cáncer de mama.

El afrontamiento es un concepto que se ha empleado con diferentes sentidos y con una delimitación conceptual vaga. En términos generales, y de acuerdo con los mencionados autores, se entiende el afrontamiento como "aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 64). El modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) ha tenido un fuerte impacto en la conceptualización del afrontamiento en la enfermedad crónica. En este modelo las respuestas de afrontamiento del individuo están determinadas por la valoración del grado de amenaza que ofrece la enfermedad y por los recursos que identifica como viables y que le son de ayuda ante la situación estresante (Petrie, 1997). Así, la severidad y naturaleza de la enfermedad no parecen tener una relación consistente con las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y con su ajuste a la enfermedad. Los individuos parecen organizar sus representaciones de la enfermedad alrededor de cinco componentes cognitivos: identidad (síntomas de la enfermedad), causa (ideas personales sobre la etiología), tiempo (período temporal en el que la enfermedad puede perdurar), consecuencias (efectos esperados y resultados de la enfermedad) y por último, cura/control (control de la enfermedad). Estos factores relacionados con la enfermedad en sí, en tér-

minos de estado, características físicas, y sintomatología son importantes y deben tomarse en cuenta, y los pacientes pueden aplicar distintas estrategias de afrontamiento para cada uno de esos problemas relacionados con la enfermedad (Cohen, 1987) y en esta línea van encaminadas las intervenciones terapéuticas (Spiegel Kraemer y Bloom, 1989; Moorey y Greer, 1989; Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny, Elashoff y Morton, 1990a; Fawzy, Kemeny, Fawzy, Elashoff, Morton, Cousins y Fahey, 1990b).

Retornando la definición originaria de Lazarus y Folkman (1986) habría que tener en cuenta algunos aspectos que adquieren una especial relevancia:

En primer lugar, el término de afrontamiento se emplea sin distinción ya sea el proceso adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz, es decir cada respuesta puede ser potencialmente adaptativa o desadaptativa. El afrontamiento por lo tanto debe separarse de los resultados. No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos, ello depende de múltiples factores.

En segundo lugar, el afrontamiento depende del contexto. Se trata de una aproximación orientada contextualmente más que como una disposición estable. El proceso de afrontamiento empleado para diferentes amenazas, producido por alguna fuente generadora de estrés, varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.

En tercer lugar, se distingue afrontamiento de conducta automática, esto es, sólo podemos hablar de afrontamiento si hay estrés, si los recursos del sujeto se ven desbordados.

En último lugar, la teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una localizada en el problema y otra en la emoción. Ambas formas

de afrontamiento pueden en la práctica facilitarse mutuamente; por ejemplo, la reducción previa de estados emocionales suele facilitar las actividades de solución de problemas; y viceversa, un afrontamiento localizado en el problema puede llevar a la reducción de la respuesta emocional. Sin embargo, también puede interferirse; por ejemplo, el minimizar la relevancia de un suceso (localización emocional) puede inhibir las actividades dirigidas al afrontamiento del problema.

Al hilo de esto, Aldwin y Reverson (1987), proponen distinguir entre eficacia y efectividad del afrontamiento. El grado de eficacia (consecución de metas) determinaría en parte la efectividad (salud mental y física). No se puede hablar de éxito o fracaso en términos generales de una estrategia de afrontamiento, y habría que referirse explícitamente a qué meta o valor estamos teniendo en consideración. Esto puede tener un corolario, que no hay estrategias mejores o peores en un sentido general, sino que esa valoración dependerá de a qué ámbito del resultado atendamos, de cuándo se utilice y de la situación que se afronte. En concreto, Cohen (1987) afirma que el éxito de determinada estrategia debe evaluarse en función del rango posible de resultados en esa circunstancia, y no en función de ideales sobre la salud, el bienestar o el ajuste psicológico. De este modo, y con independencia de los términos a utilizar, habría que distinguir entre los siguientes criterios: grado de solución objetiva del problema, percepción subjetiva de tal solución, grado de prevención de ulteriores complicaciones, nivel de funcionamiento social a corto y largo plazo, y, por último, el efecto sobre la salud del sujeto.

Un punto de vista complementario sobre el afrontamiento, y que en cierto modo podría integrar algunas de las discrepancias señaladas, es el apuntado por Moos, Cronkite,

Billings y Finney (1986). La originalidad presentada por estos autores ha sido la categorización del afrontamiento según dos dimensiones diferentes, el método y la localización. El afrontamiento, desde el punto de vista del método empleado, puede ser activo-cognitivo (por ejemplo, redefinir la situación), activo-conductual (por ejemplo, acciones comportamentales para modificar la situación). La segunda clasificación se establece en términos de la localización de las respuestas del afrontamiento, dando lugar los tres nuevos tipos siguientes: localización en la evaluación (por ejemplo, análisis lógico), localización en el problema (por ejemplo, acciones de solución de problemas) y localización en la emoción (por ejemplo, descarga emocional). Lógicamente, cada modo específico de afrontamiento puede clasificarse según el método y según

la localización. Siguiendo esta línea de razonamiento Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) partieron del modelo teórico de Moos como marco teórico para ordenar las diferentes categorías generales posibles de afrontamiento. Según este las respuestas de afrontamiento al estrés pueden clasificarse sobre la base de dos conceptos, el método usado y la localización de la respuesta. De acuerdo con este método, las respuestas pueden ser activas o de evitación. Según la localización, pueden orientarse hacia el problema o hacia la emoción. Así mismo, cada respuesta puede ser de naturaleza conductual o cognitiva. Así pues, basándonos en estos tres criterios (método, localización y naturaleza) del afrontamiento es posible establecer ocho categorías generales de afrontamiento (Véase tabla 1) (cfr. Sandín, 1995).

Tabla 1. Clasificación de las respuestas de afrontamiento según el método, la localización y las dimensiones cognitivo vs. conductual (Basado en Feuerstein, Fabbé y Kuczmierczyk, 1986)

		MÉTODO	
		ACTIVO	PASIVO
FOCALIZACIÓN	PROBLEMA	Cognitivo	Cognitivo
		Conductual	Conductual
	EMOCIÓN	Cognitivo	Cognitivo
		Conductual	Conductual

A partir de dicho esquema, se pueden enmarcar diferentes estrategias e instrumentos para su evaluación (véase tabla 2), tal es caso de el "Ways of Coping Inventory" (WOC) (Lazarus y Folkman, 1984) en el que los autores proponen ocho estrategias diferentes (dos dirigidas a la solución de problemas, cinco a la regulación de emociones y una última a ambas). Dicho

instrumento evalúa estrategias generales de afrontamiento, diferenciando las dirigidas al problema y a la emoción. Este inventario no ha sido difundido en el área oncológica. Otro instrumento en la misma línea es el "Coping Estimation" (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), siendo este más completo y variado. Permite una mayor precisión en los ítems, y áreas no cu-

biertas por el WOC, permitiendo de este modo comparación entre poblaciones y por lo tanto convirtiéndose en una escala potencialmente útil. Una reciente adaptación de la prueba a población española ha sido realizada por Crespo y Cruzado en 1997.

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento

WOC	COPE
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Confrontación</li> <li>. Distanciamiento</li> <li>. Autocontrol</li> <li>. Búsqueda de apoyo social</li> <li>. Aceptación de la responsabilidad</li> <li>. Huida-evitación</li> <li>. Planificación</li> <li>. Revaluación positiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Afrontamiento activo</li> <li>. Planificación</li> <li>. Búsqueda de apoyo social instrumental</li> <li>. Búsqueda de apoyo social emocional</li> <li>. Supresión de actividades distractoras</li> <li>. Religión</li> <li>. Reinterpretación positiva y crecimiento personal</li> <li>. Refrenar afrontamiento</li> <li>. Aceptación</li> <li>. Centrarse en emociones y desahogarse</li> <li>. Negación</li> <li>. Desconexión conductual</li> <li>. Desconexión mental</li> <li>. Consumo de alcohol y drogas</li> <li>. Humor</li> </ul>

Tabla 3. Estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer (Moorey y Greer, 1989).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	DIAGNÓSTICO	CONTROL	PRONÓSTICO
Espíritu de lucha	Desafío	Capacidad de control	Bueno
Negación	Mínima amenaza	Irrelevante	Bueno
Fatalismo	Amenaza	Depende de otros	Desconocido
Indefensión	Pérdida	No hay control	Malo
Preocupación ansiosa	Fuerte amenaza	Capacidad control	Incierto

Entre los estudios relevantes se encuentra el realizado por Moorey y Greer (1989) sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que pueden adoptar los pacientes de

cáncer ante su diagnóstico. Estos autores distinguen cinco tipos de estrategias, que se evalúan mediante entrevista y la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) (Greer y

Watson, 1987): a) espíritu de lucha; b) negación; c) fatalismo, estoicismo o aceptación pasiva; indefensión y desesperanza y e) preocupación ansiosa, que determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el pronóstico de la adaptación del sujeto (Véase tabla 3).

Como se puede observar es específico para pacientes de cáncer y no se puede utilizar en los sujetos antes del diagnóstico.

A continuación se describen algunas de las estrategias más estudiadas a lo largo de la literatura sobre este campo de investigación, según diversos autores (Weissman, 1979; Lazarus y Folkman, 1984; Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Friedman, Baer, Lewy, Lane y Smith, 1988; Moorey y Greer, 1989; Ferrero, 1993).

#### **a. Evitación**

Las expresiones "evitación" o "distanciamiento" se utilizan para recoger una serie de respuestas específicas muy heterogéneas, pero que tienen en común el hecho de que el sujeto trata de esquivar el problema temporal o continuamente (Ferrero, 1993). En concreto, Friedman, Baer, Lewy, Lane y Smith (1988), utilizan la expresión "evitación" o "escape" para referirse a estrategias generales que incluyen tanto evitación conductual en respuestas tales como, beber, comer, o huir, como estrategias de evitación cognitiva. Posiblemente sea más valioso abordar empíricamente por separado los elementos conductuales y los cognitivos de la evitación, y separar los comportamientos claramente autodestructivos, como la bebida, de la mera distracción. Igualmente, parece interesante separar la evitación temporal de aquella que se cronifica. Mientras que puede ser muy valioso evitar un estresor cuando no es posible poner en marcha estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, una evitación continuada puede llevar a que éstas nunca se ejecuten. Así,

evitar pensar sobre la posible recaída el día anterior a una revisión en el hospital puede permitir al sujeto sufrir menos ansiedad; sin embargo, una evitación constante llevaría a que esa revisión no se llegara a producir pudiendo ello ir en detrimento de la salud del sujeto. Un razonamiento similar puede emplearse respecto a los tratamientos.

Dentro de esta categoría se podría incluir la negación, esta se puede utilizar y se hecho se utiliza con dos significados distintos: Uno, como negación a aceptar el diagnóstico de cáncer, este tipo de negación puede significar un mal pronóstico ya que puede llevar al paciente a abandonar los cuidados médicos, lo que también aparece asociado con el estadio en el que se encuentra la enfermedad; y otro, como aceptación del diagnóstico pero no del significado popular que éste entraña, pudiendo ser un paso previo para que aparezcan estrategias de lucha activa contra la enfermedad, lo que indicaría un mejor pronóstico. Por lo tanto, hay dos formas posibles de negación. En primer lugar, cuando no hay nada constructivo que pueda hacerse para vencer la amenaza o daño, los mecanismos de negación producen un alivio ante el trastorno producido por la situación, sin que ello conlleve la alteración del funcionamiento del individuo. En segundo lugar, la negación puede indicar una conducta adaptativa para determinados aspectos de la situación y no para la totalidad, tal es el caso de las personas que se niegan a ver su enfermedad como mortal, pero no por ello dejan de seguir el tratamiento adecuado. La diferencia fundamental entre estas dos formas de negación es que la primera, que llamaríamos "negación de hecho", puede ser una manera de afrontamiento eficaz en las situaciones crónicamente incontrolables, pues reduce la ansiedad y el procesamiento de la información captada del entorno. La segunda o "negación de implica-

ción", sería una estrategia de afrontamiento adecuada a las situaciones sujetas al cambio de incontrolable a controlable, que reduce la ansiedad sin impedir por completo el procesamiento de la información externa referido a la amenaza.

Lazarus y Folkman (1984), por su parte, entienden que la negación puede llevar a resultados favorables cuando se da la circunstancia de que el sujeto no puede hacer nada constructivo respecto al problema, cuando la negación se dirige a elementos concretos de la situación y no a ésta como un todo, cuando la situación no es controlable y en los momentos iniciales de una crisis severa. Señalan, a su vez, que suele definirse genéricamente la negación como rechazo de la realidad e indican que en la literatura a menudo se incluyen, bajo esta etiqueta conductas de evitación y estrategias de afrontamiento cognitivas dirigidas a la emoción que, según ellos, no implican un rechazo de la realidad y que, por tanto, deberían quedar fuera de esta categoría.

La ignorancia o la desinformación no son "negación", aunque pueden contribuir significativamente a su aparición y a su mantenimiento (Weissman, 1979). Desde el punto de vista de Weissman (1984), la negación estricta se asociaría necesariamente a peores resultados adaptativos en tanto que impediría que el sujeto lleve a cabo las tareas de afrontamiento dirigido al problema, tales como la participación en los protocolos terapéuticos. Señala también que es esperable que la negación sea más frecuente en los períodos más próximos al diagnóstico y que su uso se vaya diluyendo progresivamente.

## **b. Resignación**

Esta estrategia es denominada y entendida de distinta forma según los autores. Así, para Weissman (1979, 1984) resignación o fatalismo debe ser entendido como someterse a lo inevitable y aceptarlo pasivamente. Lipowski (1970) lo utiliza para referirse al estilo caracterizado por la tendencia a la pasividad y al rechazo o dependencia respecto de los demás. También es utilizado por Moorey y Greer (1989) con la etiqueta de fatalismo o aceptación estoica, y por último, Morris, Blake y Buckley (1985) lo califican como "aceptación pasiva", que supone la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del diagnóstico y la sumisión a las circunstancias.

## **c. Búsqueda de información**

Estudios como los realizados por Lazarus y Folkman (1984) o Folkman y Folkman (1987) incluyen la búsqueda de información dentro de la categoría general de búsqueda de apoyo social, con lo cual, no abordan esta estrategia de un modo explícito. De igual modo, Felton y Revenson (1984) consideran la búsqueda de información como una estrategia de afrontamiento dirigida al problema. Los autores entienden que la búsqueda de información tiene un carácter instrumental, de cara a la solución de problemas, incorporando en la medida algunos elementos extraños a la búsqueda de información como tal.

Moorey y Greer (1989) plantean, por su parte, que la búsqueda de información caracteriza tanto al espíritu de lucha como a la preocupación ansiosa; la diferencia se encuentra en que, en el segundo caso, la búsqueda de información tomaría un cariz excesivo, esto es, más allá de la obtención de la información pertinente dirigida a limitar la incertidumbre y mantener cierto sentido de control. El sujeto persistiría en sus intentos por saber más sobre su caso particular y sobre la enfermedad en general.

Buscar información sobre el cáncer en general puede entenderse como leer revistas o desear interactuar con otros enfermos, mientras que tratar de informarse a través del personal sanitario haría quizá referencia a la búsqueda de información sobre el propio caso. Es posible que este segundo tipo esté más relacionado con la reducción de la incertidumbre y, por lo tanto, del malestar (Gotcher y Edwards, 1990), mientras que la búsqueda de información general podría ser una estrategia más desadaptativa que en realidad aumentara el grado de incertidumbre al encontrar el sujeto datos que pudieran ser especialmente amenazantes, que en muchos casos poco tendrían que ver con el suyo propio; una medida única conjunta podría dar lugar a relaciones con el bienestar nulas o contradictorias.

#### **d. Reordenación de prioridades y cambio positivo**

Lazarus y Folkman (1984) recogen también dentro del concepto general de reevaluación positiva, estrategias como la atención selectiva y el ver los aspectos positivos de los eventos negativos, pensar que hay cosas más importantes en la vida, etc. De igual modo, Moos y Schaefer (1984) recogen una habilidad de afrontamiento calificada como "redefinición positiva" que supone aceptar la realidad pero de forma reestructurada para encontrar en ella algo positivo.

#### **e. Comparación social positiva**

Lazarus y Folkman (1984) recogen la comparación positiva como una estrategia de reevaluación positiva. Así, Styra, Sakinifsky, Mahoney, Colapinto y Currie (1988) también encontraron fenómenos de comparación positiva en pacientes aún no diagnosticados.

#### **f. Supresión cognitiva frente a rumiación**

La supresión cognitiva (Weissman, 1979) hace referencia a ser capaz de no pensar en la enfermedad, por lo tanto, se trata del uso exitoso de la estrategia de afrontamiento etiquetada por Lazarus y Folkman (1987) como "distanciamiento". Viney y Westbrook (1984) encuadran estas estrategias dentro de la estrategia más general de "escape", que incluye además estrategias como fumar, beber o comer, que, evidentemente, otros autores no situarían en la misma categoría. Y autores como Ray, Lindop y Gibson (1982), situarían esta estrategia en el concepto de "evitación".

#### **g. Pensamiento desiderativo**

Para Felton y Revenson (1984), los pensamientos desiderativos no consiguen el fin perseguido, esto es, el de distraerse de la situación amenazante y probablemente den lugar a que aparezcan rumiaciones cognitivas. Además, también sugieren que es posible que se forme un círculo vicioso entre pensamiento desiderativo y malestar subjetivo, con lo que la relación causal podría ser bidireccional.

Para resumir, se vislumbra que las estrategias evitativas tales como la negación o la ausencia de información no permiten la solución de problemas ni la habituación a los acontecimientos estresantes, si bien es cierto que pueden ser eficaces a corto plazo no lo son a largo plazo. En contraste, el afrontamiento activo y la búsqueda de información en un principio pueden provocar un estado de ansiedad, pero a largo plazo son más eficaces.

En base a estos estudios se observa que frente a la presencia de trabajos sobre los estilos de afrontamiento en general y ante el diagnóstico de cáncer, en particular, existe una gran ausencia de estudios que



versen sobre dichas estrategias antes de la realización y confirmación de diagnóstico oncológico, su realización constituiría un área especialmente útil y conveniente de valorar, para así de este modo elaborar líneas de intervención.

El presente trabajo empírico trata de investigar en una población de mujeres con patología mamaria, si las estrategias de afrontamiento pueden diferenciar entre mujeres con patología mamaria benigna y oncológica, así como en el nivel de progresión de la enfermedad. Del mismo modo, hay que valorar el efecto modulador de la edad ya que se ha visto en la revisión bibliográfica la importancia que tiene esta variable como factor de riesgo. Se pretende también ofrecer los datos descriptivos de esta población para con posterioridad y en sucesivos estudios poder realizar estudios comparativos con otras poblaciones de enfermos crónicos.

A continuación se procede a exponer los objetivos de este trabajo. La exposición de los mismos no hace referencia al orden de importancia sino para facilitar una mayor claridad en el discurso.

### **Objetivos**

**OBJETIVO 1:** Mostrar los datos descriptivos de la población con patología mamaria. Respecto a las variables demográficas, tales como edad, estado civil, profesión, y situación laboral y a las variables médicas como el estadio de la enfermedad tras la anatomía patológica definitiva o el tratamiento quirúrgico al que fue sometida cada una de las pacientes. Así como mostrar los datos descriptivos referentes a las estrategias de afrontamiento medido mediante el COPE.

**OBJETIVO 2:** Comprobar si existen diferencias dentro del grupo de mujeres con patología mamaria en cada una de las variables mencionadas con anterioridad, distinguiendo entre pacientes con patología mamaria benigna y neoplásica.

**OBJETIVO 3:** Debido a que el grupo de patología neoplásica es amplio y heterogéneo, éste a su vez se divide en precoz (estadios I y II) y avanzado (estadios III y IV)(Véase tabla 5). Se pretende comprobar si existen diferencias entre éstos y, a su vez, con el grupo benigno

**OBJETIVO 4:** Determinar el efecto modulador en cada una de las estrategias de afrontamiento estudiadas si su explicación se debe al estadio de la enfermedad o bien al peso que ejerce la edad, como así queda reflejado en muchos estudios.

### **Método**

#### **Muestra**

La muestra está constituida por 212 mujeres, con una media de edad de 43.81, y una desviación típica de 13.47; que presentan un diagnóstico de patología mamaria, y son remitidas al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid para practicarlas una biopsia intra-operatoria mamaria.

Los criterios seguidos para la inclusión de los pacientes en la muestra fueron los que se exponen en la tabla 4.

La evaluación se hizo de forma ciega con respecto a la variable enfermedad para el estudio, de tal forma que tanto el tratamiento como el estadio de la enfermedad se valoraron después de realizada la evaluación psicológica. (véase tabla 5 y 6)

Tabla 4. Criterios de inclusión de la muestra objeto de estudio.

a. Diagnóstico de patología mamaria realizado por el especialista.
b. Edad inferior a 65 años.
c. Pertenecer al área sanitaria nº 7.
d. Ausencia de otra enfermedad crónica o amenazante para su vida.
e. Ausencia de trastornos psicológicos previos severos, libres de demencia, así como de metástasis cerebral.
f. Ausencia de otro trastorno oncológico junto a la sospecha del presente en mama.
g. No tratarse de personas que acudían con un cáncer avanzado en fase terminal.
h. Similar período temporal desde el diagnóstico en consulta de patología mamaria.
i. Expuestas ante semejante situación estimular: régimen hospitalario, habitación múltiple, los mismos profesionales sanitarios, y frente a la presencia de una próxima intervención quirúrgica programada.

Tabla 5. Clasificación TNM. (UICC)

ESTADIO 0	TIS	N0	M0
ESTADIO I	T1	N0	M0
ESTADIO IIA	T0T1T2	N1N1N0	M0M0M0
ESTADIO IIB	T2T3	N1N0	M0M0
ESTADIO IIIA	T0T1T2T3	N2N2N2 N1,N2	M0M0M0 M0
ESTADIO IIIB	T4	N0-3	M0
ESTADIO IV	T0-4T0-4	N3N0-3	M0M1

ESTADIO 1: Cuando el tumor está limitado al órgano de origen. La lesión es operable y no tiene afección ganglionar o vascular. Estos estadios suelen tener una supervivencia del 70-90%.

ESTADIO II: La enfermedad está localizada pero con afección ganglionar. Es operable y resecable. Los índices de supervivencia están alrededor del 50%.

ESTADIO M: Incluye tumores primarios extensos con fijación a estructuras próximas e invasión ganglionar de similares características. Es operable, pero muy probablemente no resecable totalmente. La supervivencia baja aproximadamente al 20%.

ESTADIO IV: Hay evidencia de metástasis a distancia y la supervivencia a los 5 años es inferior al 5%.

**Diseño**

Se realizó un diseño cuasi-prospectivo, ya que el tiempo entre la valoración psicológica de los sujetos, y el diagnóstico de cáncer coincide en cuestión de días. Las pacientes con lesiones en la mama, son evaluadas en las variables psicológicas antes de realizar la biopsia. Se trata de comprobar si estas variables están asociadas al diagnóstico de cáncer. Así pues, mientras que este estudio es prospectivo en la intención, es retrospectivo en cuanto que algunos sujetos tenían ya cáncer en el momento de la evaluación psicológica. Al ser valorados los sujetos de riesgo, este diseño permite suministrar un número estadísticamente adecuado de dia-

gnósticos de cáncer en un período relativamente corto de tiempo, así como la ventaja adicional de estudiar un tipo o localización de cáncer determinado.

Para comprobar el segundo objetivo, la variable independiente fue el diagnóstico anatomopatológico de la enfermedad con dos niveles (benigna y maligna) y las variables dependientes estudiadas fueron las estrategias de afrontamiento y para comprobar el tercer objetivo del estudio, la variable independiente fue el diagnóstico anatomopatológico de la enfermedad con tres niveles (benigna, precoz y avanzada) y las variables dependientes estudiadas fueron las estrategias de afrontamiento.

Tabla 6. Datos descriptivos de la muestra.

		N	%
Profesión	Sus labores	95	44.8
	Personal de limpieza	23	10.8
	Administrativo	24	11.3
	Trabajo manual	34	16.0
	Profesión liberal	20	9.4
	Estudiante	12	5.7
Situación laboral actual	Activo	10	4.7
	Baja	73	34.4
	Excedencia	2	0.9
	Paro	8	3.8
	Otros	115	54.2
Cirugía I (Mastectomía)	No	126	59.4
	Si	86	40.6
Cirugía II (Linfadenectomía)	No	129	60.8
	Si	82	38.7

### Procedimiento

La paciente tras tomar contacto con la Unidad de Patología Mamaria de forma ambulatoria y tras haberle sido practicadas una serie de pruebas específicas tales como: palpación e inspección de la mama, mamografía, ecografía y PAAF, son remitidas a tratamiento quirúrgico e ingresan en el hospital. Tras un período medio de 15 días y habiéndose realizado el protocolo médico para la cirugía (analítica sanguínea, radiografía de tórax y electrocardiograma) ingresan en el Servicio. El segundo día tras haberse ubicado en la sala hospitalaria se inicia la realización de la evaluación psicológica. De esta forma las actividades de evaluación propuestas por la presente investigación quedaban incluidas entre las actividades diagnosticas y terapéuticas del centro, y además con una ubicación y un horario que permitiera su implantación.

Con todos los sujetos se siguió el mismo procedimiento. En concreto, dado que estaban en una situación especial y ante una problemática concreta se quería valorar una serie de cuestiones psicológicas, por si fuera necesario una intervención. Se les dio la instrucción de que debían contestar todas las preguntas que se les iban a formular con las menores omisiones posibles, todas las dudas sobre el contenido serían respondidas, y debían ser lo más sinceras posibles. También se les indicaba que la información se iba a mantener con absoluta confidencialidad y privacidad. Del mismo modo, las pacientes no debían contar el contenido de la entrevista a las compañeras de habitación, para evitar sesgar la información. Este instrumentos se aplicaban en formato de entrevista estructurado y eran administrados por el mismo entrevistador.

### Instrumentos

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas mediante el cuestionario: Estimación de Afrontamiento (*Coping Estimation*) (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub 1989). Es un cuestionario multidimensional de afrontamiento para evaluar diferentes caminos en los que las personas (adultos) responden al estrés. La escala está constituida por 60 ítems y se puede utilizar de dos formas: a) Versión rasgo (el sujeto indica en que medida cada ítem expresa lo que hace de manera habitual). Esta versión encaja mal con el modelo interactivo de estrés. Y b) Versión de tiempo limitado (en que medida utilizó cada estrategia en la situación más estresante que le haya sucedido en un período de tiempo dado).

Este instrumento mide 15 estrategias de afrontamiento. Cinco escalas miden afrontamiento orientado al problema (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, búsqueda de apoyo social instrumental), otras ocho escalas miden afrontamiento emocional (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, centrarse en las emociones y desahogarse, desconexión conductual y desconexión mental; otras dos escalas miden consumo de alcohol o drogas y humor.

Cada estrategia se evalúa con cuatro ítems. Se corresponde en una escala tipo Likert de cuatro puntos valorando la frecuencia de uso, en donde la afirmación "No hago esto en absoluto se representa como (1) y; "Hago esto mucho" se representa como (4).

En la tabla 7 se especifica el contenido de las distintas escalas.

Tabla 7. Denominación y descripción de la prueba COPE

<b>Estrategia</b>	<b>Código</b>	<b>Definición</b>
Afrontamiento Activo	COPEA	Es el proceso de dar pasos activos, intentar modificar el estresor o sus efectos. Incluye acciones directas, incrementar los esfuerzos, intentar ejecutar paso a paso el afrontamiento.
Planificación	COPEB	Es pensar como afrontar un estresor. Implica estrategias de acción, pensar sobre que pasos tomar para manejar mejor el problema. Esta actividad está claramente centrada en el problema. La planificación ocurre en la evaluación secundaria.
Búsqueda de apoyo social instrumental	COPEC	Es otra respuesta centrada solicitar a otros asistencia o información.
Búsqueda de apoyo social emocional	COPED	Consiste en conseguir apoyo moral, comprensión y empatía. Esta escala constituiría un aspecto del afrontamiento centrado en la emoción.
Supresión de actividades distractoras	COPEE	Intenta evitar distraerse con otros eventos.
Religión	COPEF	Es utilizada ante situaciones de amenaza. La religiosidad podría servir como un soporte emocional, como un vehículo de reinterpretación o como una táctica de afrontamiento activo como el estresor.
Reinterpretación positiva y crecimiento personal	COPEG	Folkman (1984) califica esta tendencia como un tipo de afrontamiento enfocado a la emoción. Construir una transacción de estrés en términos positivos que llevaría a la persona a construir acciones de afrontamiento enfocadas al problema.
Refrenar el afrontamiento	COPEH	Esperar hasta el momento oportuno a actuar y evitar hacerlo de una forma precipitada o prematura. Esta es una estrategia de afrontamiento activo en el sentido que las conductas de las personas están centradas en pactar efectivamente con el estresor, pero es una estrategia pasiva en el sentido que usan medidas de retracción, no activas.
Aceptación	COPEI	Es una respuesta de afrontamiento funcional, en el que la persona que acepta la realidad de una situación estresante parecería ser una persona que se enfrenta a la situación. La aceptación de un estresor como real, ocurre en la evaluación primaria.
Centrarse en las emociones y desahogarse	COPEJ	Tendencia a centrarse en el malestar y experimentar una ventilación de sentimientos.
Negación	COPEK	Respuesta que a veces emerge en la evaluación primaria. La negación es controvertida. A veces cuando la negación es usada, minimiza el malestar psicológico y facilita el afrontamiento. Alternativamente, la negación solamente crea problemas adicionales y minusvalora el estresor, pudiendo ser ignorado. Una tercera visión de la negación puede ser usada en los primeros estados de la transacción emocional, pero impide afrontamientos posteriores.

Tabla 7. Continuación

<b>Estrategia</b>	<b>Código</b>	<b>Definición</b>
Desconexión mental	COPEL	Consiste en la distracción mental. La desconexión mental ocurre vía una amplia variedad de actividades que sirven de distracción a la persona para pensar sobre la dimensión conductual o meta con el estresor
Desconexión conductual	COPEM	Consiste en renunciar a los objetivos o metas con el objetivo de renunciar al estresor, refleja el fenómeno identificado como indefensión. En teoría la desconexión conductual es probable que ocurra cuando la gente espera pobres resultados de afrontamiento.
Consumo de alcohol y drogas	COPEN	
Humor	COPEO	

### **Análisis de datos**

Se efectuó la corrección del cuestionario con plantillas de corrección propia a través del programa SPSS.. Ya que de la prueba no se obtiene una valoración global del pa-

ciente, se consideraron de forma aislada las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que se evalúan en las subescalas correspondientes.

Tabla 8. Datos descriptivos del grupo de mujeres con patología mamaria en la variable afrontamiento

	<b>MEDIA</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
COPEA	9.26	2.65	91
COPEB	7.49	2.88	91
COPEC	7.96	3.22	91
COPEd	9.23	2.52	91
COPEE	8.71	2.79	91
COPEF	11.05	2.86	91
COPEG	10.40	2.66	91
COPEH	11.22	2.50	91
COPEI	10.03	3.29	91
COPEJ	9.30	2.75	91
COPEK	5.74	2.02	91
COPEL	5.78	2.10	91
COPEM	7.56	2.12	90
COPEN	4.25	1.15	91
COPEO	5.92	2.57	91

### Datos descriptivos del grupo total de pacientes

En primer lugar y para contestar al primer objetivo sobre la valoración de los datos normativos del grupo configurado por todas las pacientes con patología mamaria, se realizó un análisis descriptivo de las variables dependientes previamente mencionadas.

Los datos normativos, del grupo de mujeres con patología mamaria, están detallados de la tabla 8, estos datos incluyen media, desviación típica y número de casos en las variables del cuestionario COPE.

### Comparación entre los grupos de patología mamaria benigna y maligna

Para contestar al segundo objetivo, se realizó un estudio descriptivo de las mismas variables en el grupo de mujeres con patología mamaria benigna y maligna, para con posterioridad realizar un análisis de varianza de dos factores, para valorar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de patología mamaria.

Tabla 9. Datos descriptivos de las mujeres con patología mamaria benigna/maligna en la variable afrontamiento

	BENIGNA			MALIGNA		
	MEDIA	SD	N	MEDIA	SD	N
COPEA	9.53	2.61	53	8.92	2.74	37
COPEB	7.61	2.89	53	7.30	2.93	37
COPEC	7.47	2.79	53	8.73	3.68	37
COPEd	8.61	1.91	53	10.22	2.96	37
COPEE	9.34	2.88	53	7.92	2.41	37
COPEF	11.44	2.95	53	10.46	2.71	37
COPEG	10.74	2.82	53	9.95	2.42	37
COPEH	11.31	2.61	53	11.19	2.34	37
COPEI	9.72	3.47	53	10.62	2.92	37
COPEJ	9.29	2.59	53	9.30	3.04	37
COPEK	5.59	1.88	53	5.92	2.24	37
COPEL	5.80	2.09	53	5.78	2.17	37
COPEM	8.02	1.93	53	6.95	2.24	36
COPE N	4.13	0.52	53	4.43	1.70	37
COPEO	6.32	2.81	53	5.32	2.12	37

### Datos descriptivos de los grupos de patología mamaria benigna y maligna

Los datos normativos, de ambos grupos de patología mamaria, están detallados en la tabla 9, estos datos incluyen media, desvia-

ción típica y número de casos en las variables del cuestionario COPE. Como se esperaba se constató que el grupo de mayor edad presentaba la media mas alta en la variable malignidad.

*Análisis de varianza en los grupos de patología mamaria benigna y maligna*

Respecto a la variable **estrategias de afrontamiento**, el análisis de varianza mostró diferencias significativas entre los grupos de patología mamaria benigna y oncológica en las escalas búsqueda de apoyo social emocional (COPE),  $F(1,88)=9.87$ ,  $p=0.002$ , ( $p < 0.01$ ), supresión de actividades distractoras (COPEE)  $F(1,88)=6.04$ ,  $p=0.01$ , ( $p < 0.01$ ) y desconexión conductual (COPEM)  $F(1,87)=5.84$ ,  $p=0.01$ , ( $p < 0.01$ ). En el resto de las escalas las diferencias no fueron significativas.

Por tanto, se observa que las pacientes con patología mamaria maligna utilizan de forma significativa con mayor frecuencia,

la estrategias de búsqueda de apoyo social emocional, mientras que las pacientes con patología mamaria benigna utilizan con mayor frecuencia las estrategias de supresión de actividades distractoras y desconexión conductual que las pacientes con patología oncológica.

**Comparación entre los grupos de patología mamaria benigna, precoz y avanzada**

Para responder al tercer objetivo, se realizó un análisis descriptivo de los tres grupos que forman la patología mamaria (benigno, precoz y avanzado) realizando un sucesivo análisis de varianza para determinar si existían diferencias significativas entre dichos grupos.

Tabla 10. Datos descriptivos de las mujeres con patología mamaria benigna/precoz/avanzada en la variable afrontamiento.

	benigna			precoz			avanzado		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
COPEA	9.53	2.61	53	8.84	2.72	32	9.40	3.13	5
COPEB	7.60	2.89	53	7.25	2.91	32	7.60	3.36	5
COPEC	7.47	2.78	53	8.37	3.73	32	11.00	2.55	5
COPEP	8.60	1.90	53	9.81	2.79	32	12.80	2.95	5
COPEE	9.34	2.88	53	8.16	2.33	32	6.40	2.61	5
COPEF	11.43	2.94	53	10.62	2.67	32	9.40	2.79	5
COPEG	10.73	2.81	53	9.84	2.37	32	10.60	2.88	5
COPEH	11.30	2.61	53	10.78	2.19	32	13.80	1.48	5
COPEI	9.72	3.47	53	10.65	2.92	32	10.40	3.21	5
COPEJ	9.28	2.59	53	9.25	3.16	32	9.60	2.30	5
COPEK	5.58	1.87	53	5.59	1.88	32	8.00	3.39	5
COPEL	5.79	2.09	53	5.72	1.19	32	6.20	2.28	5
COPEM	8.02	1.93	53	6.74	1.96	31	8.20	3.56	5
COPEO	4.13	0.52	53	4.50	1.81	32	4.00	0.00	5
COPEO	6.32	2.81	53	5.28	2.08	32	5.60	2.61	5

**Análisis descriptivo de los grupos de patología mamaria benigna, precoz y avanzada**

Los datos normativos, de los grupos de patología mamaria benigna, precoz y avanza-

da, están detallados en la tabla 10, estos datos incluyen media, desviación típica y número de casos en las variables del cuestionario COPE.



### *Análisis de varianza de los grupos con patología mamaria benigna, precoz y avanzada*

Se realizó un ANOVA de la **búsqueda de apoyo social instrumental (COPEC)** por los estadios, los resultados mostraron efectos significativos entre los grupos  $F(2,87)=3.25$ ,  $p=0.043$ , ( $p<0.05$ ). El análisis de diferencia de medias mostró diferencias significativas entre los grupos benigno vs. avanzado ( $p<0.01$ ).

Se realizó un ANOVA de la **búsqueda de apoyo social emocional (COPEE)** por los estadios, los resultados mostraron efectos significativos entre los grupos  $F(2,87)=8.88$ ,  $p=0.0003$ , ( $p<0.001$ ). El análisis de diferencia de medias mostró diferencias significativas entre los grupos: benigno vs. precoz ( $p<0.05$ ); benigno vs. avanzado ( $p<0.05$ ) y precoz vs. avanzado ( $p<0.05$ ).

Se realizó un ANOVA de la **supresión de actividades distractoras (COPEE)** por los estadios, los resultados mostraron efectos significativos entre los grupos  $F(2,87)=3.97$ ,  $p=0.02$ , ( $p<0.05$ ). Tras el análisis de diferencias de medias mostró diferencias significativas entre los grupos benigno vs. avanzado ( $p<0.05$ ).

Se realizó un ANOVA de **refrenar el afrontamiento (COPEH)** por los estadios, los resultados mostraron efectos significativos entre los grupos  $F(2,87)=3.37$ ,  $p=0.038$ , ( $p<0.05$ ). El análisis de diferencias de medias mostró diferencias significativas entre los grupos: benigno vs. avanzado ( $p<0.05$ ) y precoz vs. avanzado ( $p<0.01$ ).

Se realizó un ANOVA de la **negación (COPEK)** por los estadios, los resultados mostraron efectos significativos entre los grupos  $F(2,87)=3.53$ ,  $p=0.033$ , ( $p<0.05$ ).

Se realizó un ANOVA de la **desconexión conductual (COPEM)** por los estadios, los

resultados mostraron efectos significativos entre los grupos  $F(2,86)=4.05$ ,  $p=0.02$ , ( $p<0.05$ ). El análisis de diferencias de medias mostró diferencias significativas entre los grupos benigno vs. precoz ( $p<0.01$ ).

Como resumen de estos resultados, se puede decir, que las pacientes con patología mamaria avanzada utilizan de forma significativamente mayor que las pacientes con patología mamaria benigna, las estrategias de apoyo social emocional e instrumental, refrenar el afrontamiento y la negación, mientras que las pacientes con patología mamaria benigna utilizan con mayor frecuencia la estrategia de supresión de actividades distractoras y la desconexión conductual.

### **Comparación entre grupos de patología mamaria benigna y maligna divididos por grupos de edad**

Como se ha visto con anterioridad la edad diferencia a los distintos grupos de pacientes con patología mamaria. Por tanto ahora, es interesante constatar si dividiendo a los grupos por edad se mantienen las diferencias significativas encontradas anteriormente.

### **Análisis descriptivo de los grupos de patología mamaria benigna y maligna divididos por grupos de edad**

Los datos normativos, del grupo de **patología mamaria benigna y maligna**, divididos por su edad están detallados de las tablas 11 y 12 respectivamente, estos datos incluyen media, desviación típica y número de casos en la variable del cuestionario COPE.

Tabla 11. Datos descriptivos del grupo de patología mamaria benigna divididos por su edad en la variable afrontamiento

	BENIGNA					
	< 45 AÑOS			> 46 AÑOS		
	MEDIA	SD	N	MEDIA	SD	N
EDAD	30.08	9.37	75	52.42	5.26	50
COPEA	9.64	2.63	31	9.36	2.63	22
COPEB	7.74	2.83	31	7.41	3.03	22
COPEC	7.77	2.68	31	7.04	2.93	22
COPEDE	8.64	1.87	31	8.54	1.99	22
COPEE	9.55	2.88	31	9.04	2.92	22
COPEF	12.26	2.49	31	10.27	3.19	22
COPEG	11.16	2.68	31	10.14	2.95	22
COPEH	11.48	2.38	31	11.04	2.93	22
COPEI	9.48	3.38	31	10.04	3.64	22
COPEJ	9.19	2.98	31	9.41	1.97	22
COPEK	5.23	1.36	31	6.09	2.37	22
COPEL	5.45	1.67	31	6.27	2.53	22
COPEM	8.26	1.84	31	7.68	2.03	22
COPEP	4.13	0.43	31	4.14	0.64	22
COPEO	6.39	2.70	31	6.23	3.01	22

Tabla 12. Datos descriptivos del grupo de mujeres con patología mamaria maligna divididos por la edad en la variable afrontamiento

	MALIGNA					
	< 45 AÑOS			> 46 AÑOS		
	M	SD	N	M	SD	N
EDAD	37.22	6.75	18	55.14	5.85	65
COPEA	8.25	2.73	12	9.24	2.74	25
COPEB	7.58	2.87	12	7.16	2.99	25
COPEC	9.08	3.26	12	8.56	3.92	25
COPEDE	10.25	2.34	12	10.20	3.27	25
COPEE	8.17	2.44	12	7.80	2.43	25
COPEF	10.75	2.83	12	10.32	2.69	25
COPEG	10.42	2.50	12	9.72	2.39	25
COPEH	11.08	2.61	12	11.24	2.26	25
COPEI	10.08	3.37	12	10.88	2.71	25
COPEJ	9.75	2.56	12	9.08	3.26	25
COPEK	6.08	2.78	12	5.84	1.99	25
COPEL	5.92	1.97	12	5.72	2.30	25
COPEM	7.17	2.33	12	6.83	2.24	24
COPEP	4.58	1.50	12	4.36	1.88	25
COPEO	5.42	1.97	12	5.28	2.23	25

*Análisis de varianza de los grupos de patología mamaria benigna y maligna divididos por grupos de edad*

Se realizó un ANOVA de las variables edad y estadio respecto a todas las variables del estudio. Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadio respecto a la variable **búsqueda de apoyo social emocional** (COPEE) (véase gráfica 1) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(1,86)=9.00$ ,  $p=0.003$ , ( $p<0.01$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre los grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los siguientes grupos: 17-45 benignas vs. 46-65 malignas ( $p<0.05$ ) y entre 46-65 benignas vs. 46-65 malignas ( $p<0.05$ ). Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadio respecto a la variable **supresión de actividades distra-**

**toras** (COPEE) (véase gráfica 2) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(1,86)=4.64$ ,  $p=0.03$ , ( $p<0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre los grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los grupos 17-45 benignas vs. 46-65 malignas ( $p<0.05$ ). Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadio respecto a la variable **desconexión conductual** (COPEM) (véase gráfica 3) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(1,85)=4.34$ ,  $p=0.04$ , ( $p<0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre los grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los grupos 17-45 benignas vs. 46-65 malignas ( $p<0.05$ ).

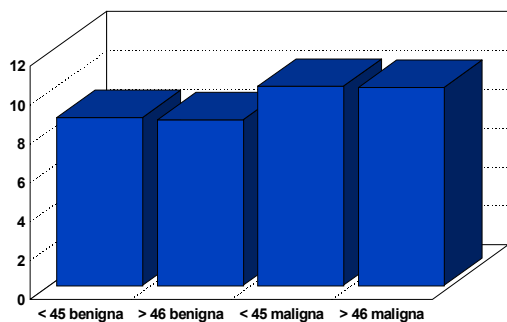


Figura 1: Búsqueda de apoyo social emocional-estado

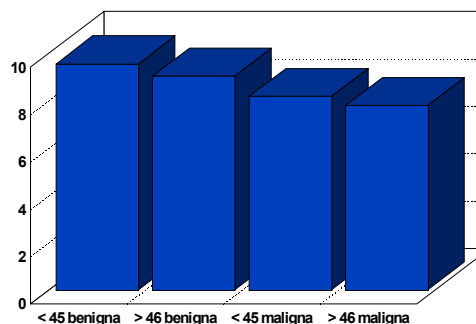


Figura 2: Supresión de actividades distra-toras-estado

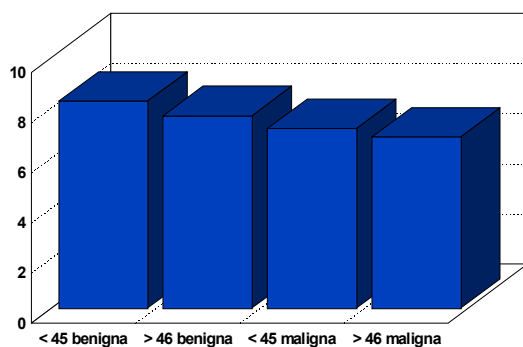


Figura 3: Desconexión conductual-estado

Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las estrategias de afrontamiento estudiadas.

Como resumen de estos resultados se puede concluir que las mujeres con patología mamaria maligna utilizan con mayor frecuencia que las mujeres con patología mamaria benigna la estrategia de búsqueda de apoyo social emocional, mientras que las pacientes con patología benigna utilizan con mayor frecuencia las estrategias de supresión de actividades distractoras y desconexión conductual. En estas tres estrategias las diferencias están en función del estadio y son independientes de la edad así como, no existe interacción edad por estadio.

#### **Comparación entre los grupos de patología mamaria oncológica (precoz y avanzada) divididos por grupos de edad**

Los datos normativos de los grupos de **patología mamaria neoplásica precoz y avanzada**, divididos por su edad están detallados en las tablas 13 y 14 respectivamente, estos datos incluyen media, desviación típica y número de casos, en la variable del cuestionario COPE.

#### *Análisis de varianza de los grupos de patología mamaria oncológica (precoz y avanzada) divididos por edad*

Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadios respecto a la variable **búsqueda de apoyo social instrumental** (COPEC) (véase gráfica 4) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(2,84) = 3.94$ ,  $p = 0.023$ , ( $p < 0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre grupos en relación al estadio

mostró diferencias significativas entre los siguientes grupos: 17-45 benigno vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.05$ ); 46-65 benigno vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.01$ ) y por último entre los grupos 46-65 precoz vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.05$ ).

Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadio respecto a la variable **búsqueda de apoyo social emocional** (COPE) (véase gráfica 5) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(2,84) = 11.02$ ,  $p = 0.0001$ , ( $p < 0.001$ ) y para la edad  $F(1,84) = 4.25$ ,  $p = 0.04$ , ( $p < 0.05$ ). Se encontró también significación en la interacción edad x estadio  $F(2,84) = 3.42$ ,  $p = 0.037$ , ( $p < 0.05$ ). El análisis de diferencias de medias entre grupos mostró diferencias significativas entre los siguientes grupos: 17-45 benignas vs. 17-45 avanzado ( $p < 0.01$ ); 17-45 benigna vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.001$ ); 17-45 precoz vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.001$ ); 17-45 avanzado vs. 46-65 benigna ( $p < 0.01$ ); 17-45 avanzado vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.01$ ); 46-65 benigno vs. avanzado ( $p < 0.001$ ) y por último entre los grupos 46-65 precoz vs. 46-65 avanzado ( $p < 0.001$ ).

Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadios respecto a la variable **supresión de actividades distractoras** (COPEE) (véase gráfica 6) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(2,84) = 3.26$ ,  $p = 0.043$ , ( $p < 0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los grupos: 17-45 benigna vs. 46-65 precoz ( $p < 0.05$ ).

Tabla 13 .Datos descriptivos del grupo de mujeres con patología mamaria precoz divididos por la edad en la variable afrontamiento.

	PRECOZ					
	< 45 AÑOS			> 46 AÑOS		
	MEDIA	SD	N	MEDIA	SD	N
COPEA	7.89	2.31	9	9.22	2.83	23
COPEB	7.56	2.40	9	7.13	3.12	23
COPEC	8.89	3.62	9	8.17	3.83	23
COPEDE	10.11	2.71	9	9.69	2.88	23
COPEE	8.67	2.18	9	7.96	2.40	23
COPEF	11.22	2.77	9	10.39	2.69	23
COPEG	10.22	2.33	9	9.69	2.42	23
COPEH	10.11	2.03	9	11.04	2.25	23
COPEI	10.67	3.67	9	10.65	2.67	23
COPEJ	10.11	2.62	9	8.91	3.34	23
COPEK	5.67	2.34	9	5.56	1.73	23
COPEL	6.33	2.06	9	5.48	2.23	23
COPEM	6.67	1.80	9	6.77	2.07	22
COPEP	4.78	1.72	9	4.39	1.88	23
COPEO	5.00	1.50	9	5.39	2.29	23

Tabla 14. Datos descriptivos del grupo de mujeres con patología mamaria avanzada divididos por la edad en la variable en la variable afrontamiento.

	AVANZADO					
	< 45 AÑOS			> 46 AÑOS		
	MEDIA	SD	N	MEDIA	SD	N
COPEA	9.33	4.16	3	9.50	2.12	2
COPEB	7.67	4.73	3	7.50	0.71	2
COPEC	9.67	2.31	3	13.00	1.41	2
COPEDE	10.67	0.58	3	16.00	0.00	2
COPEE	6.67	3.05	3	6.00	2.83	2
COPEF	9.33	3.05	3	9.50	3.54	2
COPEG	11.00	3.46	3	10.00	2.83	2
COPEH	14.00	2.00	3	13.50	0.71	2
COPEI	8.33	1.53	3	13.50	2.12	2
COPEJ	8.67	2.52	3	11.00	1.41	2
COPEK	7.33	4.16	3	9.00	2.83	2
COPEL	4.67	1.15	3	8.50	0.71	2
COPEM	8.67	3.51	3	7.50	4.95	2
COPEP	4.00	0.00	3	4.00	0.00	2
COPEO	6.67	3.05	3	4.00	0.00	2

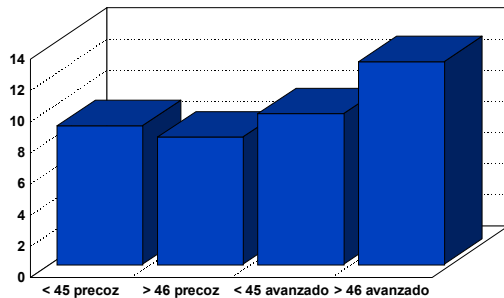


Figura 4: Búsqueda de apoyo social instrumental-estadio

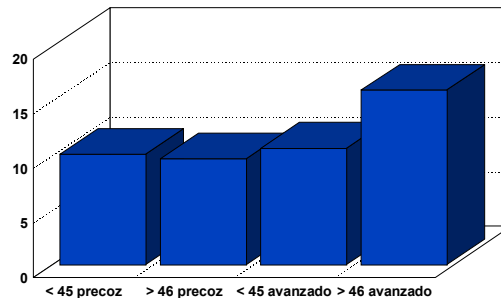


Figura 5: Búsqueda de apoyo social emocional-edad x estadio

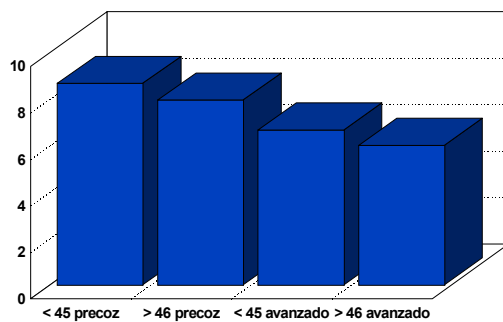


Figura 6: Supresión de actividades distractoras-estadio

Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadios respecto a la variable **refrenar afrontamiento** (COPEH) (véase gráfica 7) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(2,84)=3.46$ ,  $p=0.035$ , ( $p<0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los grupos: 17-45 benigno vs. 46-65 avanzado ( $p<0.01$ ); 17-45 precoz vs. 46-65 avanzado ( $p<0.05$ ); 46-65 benigno vs. 46-65 avanzado ( $p<0.05$ ) y por último entre los grupos 17-45 avanzado vs. 46-65 benigno ( $p<0.05$ ) y por último entre los grupos 17-45 avanzado vs. 46-65 precoz ( $p<0.05$ ).

Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadios respecto a la variable

**negación** (COPEK) (véase gráfica 8) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(2,84)=3.71$ ,  $p=0.028$ , ( $p<0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El análisis de diferencias de medias entre grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los grupos: 17-45 benigno vs. 46-65 avanzado ( $p<0.01$ ); 17-45 precoz vs. 46-65 avanzado ( $p<0.05$ ); 46-65 benigno vs. 46-65 avanzado ( $p<0.05$ ) y por último entre los grupos 46-65 precoz vs. avanzado ( $p<0.05$ ).

Los resultados del ANOVA de las variables edad y estadios respecto a la variable **desconexión conductual** (COPEM)

(véase gráfico 9) mostraron efectos significativos para el estadio  $F(2,83)=3.28$ ,  $p=0.046$ , ( $p<0.05$ ). La edad no mostró efectos significativos y tampoco apareció significación en la interacción edad x estadio. El

análisis de diferencias de medias entre grupos en relación al estadio mostró diferencias significativas entre los grupos: 17-45 benigno vs. 17-45 precoz ( $p<0.05$ ) y entre 17-45 benigno vs. 46-65 precoz ( $p<0.01$ ).

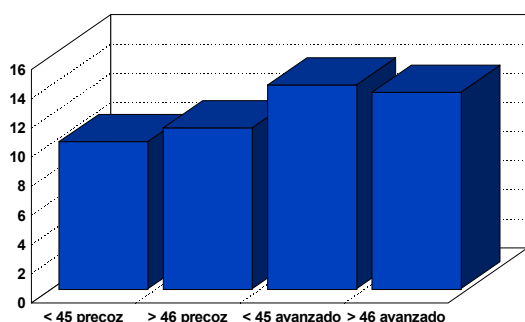


Figura 7: Refrenar el afrontamiento - estadio

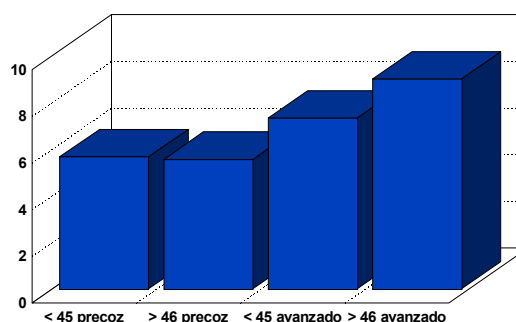
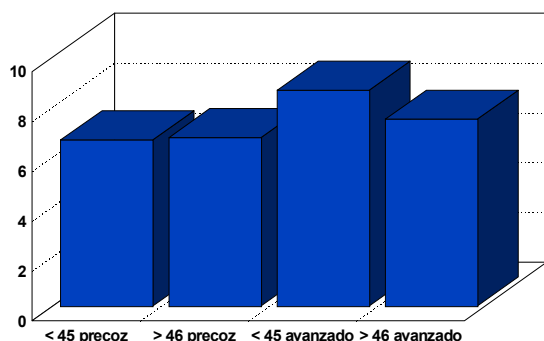


Figura 8: Negación -estadio



Como resumen de estos resultados se puede concluir lo siguiente:

**A.-** La búsqueda de apoyo social instrumental (COPEC) viene determinada por el estadio, mostrando diferencias entre el grupo de mujeres con patología avanzada y edad superior a 46 años que obtienen mayor puntuación que las mujeres con patología benigna de ambos grupos de edad y que las pacientes con patología precoz de mayor edad.

**B.-** Respecto a la búsqueda de apoyo social emocional (COPEM), esta viene determinada por la edad y el estadio, apareciendo significativa la interacción entre ambas variables. En los grupos de pacientes con patología mamaria benigna y precoz a medida que aumenta la edad las pacientes obtienen menor puntuación en esta variable, en cambio esta relación se invierte en el grupo de pacientes con patología mamaria avanzada, de tal manera que a mayor edad menor puntuación. Las dife-

rencias entre los grupos son las siguientes: las pacientes con patología mamaria benigna de edad inferior e igual a 45 años presentan diferencias con respecto a las pacientes con patología avanzada de cualquier edad, con mayor puntuación; las pacientes con patología precoz de edad inferior e igual a 45 años con respecto a las pacientes con patología avanzada de mayor edad, con mayor puntuación y las pacientes con patología precoz de edad superior a los 46 años con respecto a las pacientes con patología avanzada de edad superior a los 46 años, estas con mayor puntuación; los dos grupos de pacientes con patología mamaria avanzada entre sí y el de menor edad con las pacientes con patología benigna de mayor edad, estas últimas a su vez presentan diferencias con el grupo de mujeres con patología mamaria avanzada de mayor edad.

**C.-** En la estrategia negación (COPEK), la diferencia viene determinada por el estadio, mostrando las diferencias entre los siguientes grupos: Las pacientes con patología mamaria avanzada de mayor edad presenta diferencias significativas con el resto de los grupos, las pacientes con patología benigna y precoz de menor y mayor edad, siendo más alta la puntuación en el grupo de pacientes con patología mamaria avanzada de mayor edad.

**D.-** Respecto a la estrategia de afrontamiento, supresión de actividades distractoras (COPEE), las diferencias vienen determinadas por el estadio entre los grupos de mujeres menores de 45 años con patología benigna frente a los de mayor edad y estadio precoz, siendo más utilizada por las pacientes con patología benigna.

**E.-** En cuanto a la estrategia de afrontamiento, refrenar el afrontamiento (COPEH), las diferencias significativas vienen determinadas por el estadio y las diferencias aparecen entre los grupos de mujeres con patología mamaria precoz y edad

inferior e igual a 45 años frente a las de la misma edad pero de estadio avanzado, siendo más empleado por las de estadio avanzado; las pacientes con patología precoz y edad superior a los 46 años también muestran diferencias frente a las pacientes con patología avanzada de edad inferior e igual a 45 años, y por último, las pacientes con patología benigna mayores de 46 años frente a las pacientes con patología avanzada con edad inferior a 45 años. Entre todas estas diferencias entre grupos, el de pacientes con patología mamaria avanzada es el que más utiliza esta estrategia de afrontamiento.

**F.-** En la estrategia de afrontamiento empleado, desconexión conductual (COPEM), las diferencias vienen determinadas por el estadio, mostrando las diferencias entre los grupos de mujeres con patología mamaria benigna de edad inferior e igual a 45 años frente a las pacientes con patología precoz de cualquier edad, siendo más utilizado por las pacientes con patología benigna.

### **Análisis de covarianza**

Con el análisis de covarianza se pretendió comprobar las diferencias entre los grupos para cada una de las variables independientes eliminando estadísticamente el efecto producido por la edad, actuando ésta como variable covariante, ya que se había evidenciado en los análisis de varianza previos, en los que se había tomado como un factor con dos niveles (menor o igual a 45 años y mayor de 46 años), su efecto diferencial y por lo tanto con este análisis se controla, yendo más allá, el efecto de la edad. El objetivo es, tomarla como covariante de manera que así se pueda ver el efecto del estadio sobre las variables psicológicas más puro, eliminando el efecto de la edad.



Si se considera la variable estadio con dos niveles (benigno-maligno), esta confirma sus efectos en las variables siguientes: COPED ( $F=8.319$ ;  $p=.005$ ) y COPEM ( $F=6.632$ ;  $p=.012$ ). Si por el contrario se considera la variable estadio con tres niveles (benigno-precoc y avanzado), esta se confirma en las siguientes variables: COPEC ( $F=3.215$ ;  $p=.045$ ); COPED ( $F=8.069$ ;  $p=.001$ ); COPEE ( $F=2.899$ ;  $p=.060$ ); COPEH ( $F=3.146$ ;  $p=.048$ ); COPEK ( $F=3.918$ ;  $p=.024$ ) y COPEM ( $F=4.908$ ;  $p=.010$ ). Una vez identificado el efecto de la variable estadio se pretendió valorar entre qué niveles se presentaba dicha diferencia, para ello se calculó el estadístico Tukey mostrando tales diferencias entre los grupos benigno y precoc ( $p < 0.05$ ) en la variable COPEE y entre el grupo benigno y el avanzado ( $p < 0.05$ ) en la variable COPEM.

Como se deriva de este análisis el estadio (benigno-maligno) determina sus efectos sobre las variables psicológicas siguientes: las estrategias de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional (COPEM) y desconexión conductual (COPEM) eliminando los efectos que pudiera producir la edad.

De igual modo, desglosando la variable estadio en función de la gravedad (benigno, precoc y avanzado) ésta determina las siguientes variables, eliminando el efecto de la edad: estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social instrumental (COPEC), la búsqueda de apoyo social emocional (COPEM), la supresión de actividades distractoras (COPEE), el refrenar el afrontamiento (COPEH), la negación (COPEK), y la desconexión conductual (COPEM).

## Conclusiones

La presente investigación confirma las observaciones clínicas que indican que es posible diferenciar a las pacientes con patología mamaria neoplásica utilizan estrategias de afrontamiento al estrés distintas de las utilizadas por el grupo control sin patología oncológica. En general parecen hacer un mayor uso del apoyo social, sobretodo emocional, además de estrategias evitativas.

El instrumento de evaluación utilizado (COPE) es capaz de detectar estas diferencias entre los distintos grupos en una fase prediagnóstica de la patología oncológica. La metodología cuasi-prospectiva utilizada en este estudio permite controlar el efecto que pudiera tener la información y el conocimiento del diagnóstico en las diferencias manifestadas en las estrategias de afrontamiento. Es decir, las diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento que se manifiestan entre los grupos de pacientes con neoplasia mamaria y benignas son previas al diagnóstico. Asimismo, las diferencias en las estrategias de afrontamiento se manifiestan con independencia de la edad tal como se pone de manifiesto en los distintos análisis estadísticos presentados.

Las pacientes con patología mamaria maligna se diferencian de las benignas sobretodo, por el mayor uso del apoyo social emocional, en menor cuantía del instrumental, así como, de la estrategia de refrenar el afrontamiento y la negación. Estos datos se confirman cuando el análisis diferencia los distintos niveles de avance de la enfermedad oncológica (precoc-avanzado), manifestándose un mayor uso de la búsqueda de apoyo social y estrategias evitativas en las pacientes con un diagnóstico de cáncer más avanzado.

Las pacientes con patología mamaria benigna hacen un mayor uso de la estrategia de supresión de actividades distractoras. Han aparecido diferencias significati-

vas en la estrategia de desconexión conductual, ya que parece ser que las pacientes con patología benignas la utilizan mas esta estrategia que las malignas, pero cuando se diferencian los niveles de enfermedad no se detectan una relación lineal entre esta estrategia y la gravedad de la patología, ya que , las pacientes con patología benigna puntúan mas en esta estrategia que las pacientes con patología neoplásica precoz precoz pero no se diferencia de las que tienen ni-

vel avanzado, este resultado es de difícil interpretación.

Estas conclusiones sugieren desde el punto de vista clínico que son diagnosticadas con cancer avanzado han hecho uso de estrategias evitativas o poco activas, mientras que las pacientes que presentan patología benigna son personas capaces de centrarse en el problema, evitar tareas distractoras o competidoras distintas a las que son relevantes para su salud.

## Referencias bibliográficas

- Aldwin, C. y Revenson, T. (1987). Does Coping Help?. A Reexamination of the Relation between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology* 53, 2, 337-348.
- Carver, C.; Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- Carver, C.; Pozo-Kanderman, C; Harris, S.; Noriega, V.; S Scheier, M.; Robinson, D; Ketcham, A; Moffat, F. y Clark, K. (1994). Optimism vs. Pesimism Predicts the Quality of Women's Adjustment to Early Stage Breast Cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.
- Cassileth, B.; Lusk, E.; Strose, T.; Miller, D.; Brown, C.; Cross, P. y Tenaglia, A. (1984). Psychosocial Status in Chronic Illness: A Comparative Analisis of Sic Diagnostic Group. *New England Journal of Medicine* 311, 506-511.
- Cohen, F. (1987). Measurement of Coping. En S. Kasl y C. Cooper (Eds.). *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). Evaluación del Afrontamiento: Adaptación Española del Cuestionario COPE. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 92, 797-830.
- Fawzy, I.; Kemeny, M.; Fawzy, N.; Elashoff, R.; Morton, D.; Cousins, M. y Fahey, J. (1990b). A structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients. 11. Changes over Time in Immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Fawzy, I.; Fawzy, N.; Hyun, L.; Ghutherie, D.; Fahehey, J. y Morton, D. (1993). Malignan Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Interventions, Coping and Effective State on Recurrence and Survival Six Year Later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Felton, B. y Revenson, T. (1984). Coping with Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 3, 343-353.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un Diagnóstico de Cáncer*. Valencia. Promolibro.
- Feuerstein, M.; Labbé, E y Kiczmierczyk, A (1986). *Health Psychology: A Psychobiological perspectiva*. Nueva York: Plenum Press.
- Friedman, L.; Baer, P.; Lewy, A.; Lane, M. y Smith, F. (1988). Predictors of Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 1, 75-94.
- Greer, S. y Watson, M. (1987). Mental Adjustment to Cancer: Its Measurement and Prognostic Importance. *Cancer Surveys*, 6, 3, 439-453.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lipowski, Z. (1970). Physical Illness, the Individual and the Coping Processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 3, 91-102.

- Moorey, S. y Greer, S. (1989) *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Moos, L.; Cronkite, R.; Billing, A. y Finney, J. (1986). *Health and daily Living Form*. Social Ecology Laboratory, Veterans Administration of Stanford University Medical Centers.
- Morris, T.; Blake, S. y Buckley, M. (1985). Development of Method for Rating Cognitive Responses a Diagnosis of Cancer. *Social Science and Medicine* 20, 8, 795-802.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 58, 167-202.
- Petrie, K. (1997). Coping with Chronic Illness. En A. Baum, S Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.
- Styra, R.; Sakinifsky, L; Mahoney, L.; Colapinto, N. y Currie, D. (1988). Coping Mechanisms Used by Out-Patients in Dealing with a Breast Lump. *Psychosomatic Medicine*, 50, 208.
- Viney, L. y Westbrock, M. (1984). Coping with Chronic Illness: Strategy Preferences Changes in Preferences and Associated Emotional Reactions. *Journal of Chronic Disease* 37, 6, 489-502.
- Weissman, A. (1979). *Coping with Cancer*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company.
- Weissman, A. (1984). *The Coping Capacity. On the Nature of Being Mortal*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Ray, C.; Lindop, J. y Gibson, S. (1982). The Concept of Coping. *Psychological Medicine*, 12, 2, 385-395.
- Sandín, B. (1995). El Estrés. En A. Belloch; B. Sandín y Ramos, F. (Eds). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Spielgel, D.; Kraemer, H. y Bloom, J. (1989). Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet*, ii, 888-891.
- Stephens, A. (1997). Stress and Disease. En A. Baum, S Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.