

AFRONTAMIENTO Y RESILENCIA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA. FACING AND RESILENCE IN WOMEN WITH BREAST CANCER.

Víctor Manuel Requena Negrón
Medicocrujano18@gmail.com
Universidad de los Andes
Medicocrujano18@gmail.com

Recibido 15-04-2018
Aceptado 24-05-2018

Resumen

El cáncer constituye un problema de salud pública que afecta todas las áreas del ser humano desde el punto de vista biopsicosocial. De acuerdo a la OMS, el cáncer "Es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis", que son la principal causa de muerte. El afrontamiento es una herramienta que se utiliza en la cotidianidad utilizando varias estrategias para buscar la solución a una problemática estresante en un momento dado, el cual es descrito como una forma de manejar situaciones que puedan generar estrés en las personas, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. Se propone el afrontamiento como una estrategia para mejorar la calidad de vida y mejorar las condiciones de predisposición de la mujer con cáncer de mama. Se trata de una investigación de campo, descriptiva, transversal y comparativa. Los análisis se realizaron utilizando la escala Brief COPE17. Entre los resultados se obtuvo que la prueba ANOVA fue significativa para la sub-escalas uso de sustancia, apoyo emocional – religioso y autoinculpción, es decir, que la media de los grupos son diferentes y estadísticamente significativa. Es de hacer notar que los valores de las medias de las sub escalas uso de sustancia y autoinculpción es mayor en el grupo de estudio, mientras que para el apoyo emocional. Se recomienda la continuación profunda de la investigación y un abordaje interdisciplinar de los casos relacionados.

Palabras clave: afrontamiento, resiliencia, cáncer, mama

Abstract

Cancer is a public health problem that affects all areas of the human being from a biopsychosocial point of view. According to the WHO, cancer "is the rapid multiplication of abnormal cells that extend beyond their usual limits and can invade adjacent parts of the body or spread to other organs, a process known as metastasis", which are the main cause of death. Coping is a tool that is used in daily life using various strategies to find the solution to a stressful problem at a given time, which is described as a way of handling situations that can generate stress in people, with which it seeks to tolerate, minimize, accept or ignore that which exceeds their capabilities, either by restraining the stimulus, through the actions, thoughts, emotions and emotions that the individual uses when dealing with the overflowing situation. Coping is proposed as a strategy to improve the quality of life and improve the predisposition conditions of women with breast cancer. It is a field investigation, descriptive, transversal and comparative. The analyzes were performed using the Brief COPE17 scale. Among the results it was obtained that the ANOVA test was significant for the sub-scales substance use, emotional-religious support

and self-incrimination, that is, that the mean of the groups are different and statistically significant. It is to be noted that the values of the means of sub-scales substance use and self-incrimination is higher in the study group, while for emotional support. The continuation of the research and an interdisciplinary approach of the related cases is recommended.

Key words: coping, resilience, cancer, breast

Introducción

La transformación de una célula normal en una tumoral resulta de “ la interacción entre los factores genéticos del paciente con agentes externos de origen físico, químico y biológico”. Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una crisis vital de gran magnitud muy temida en cualquier ser humano. Esto es así, porque en el cáncer se dan una serie de circunstancias que, por sí mismas, son generadoras de malestar físico y psicológico: su cronicidad, la incertidumbre ante su evolución, el dolor, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer, entre otros.

Por esta razón el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, y en la cual ejerce un efecto de mediación los rasgos de la personalidad.

Son varias las estrategias que se utilizan para enfrentar un evento estresante o una crisis ante la verdad de un diagnóstico clínico que causa gran impacto en el ser humano. La resiliencia, es una de ellas, la cual se ha utilizado como influencia en la recuperación de las enfermedades crónicas.

Las mujeres que padecen cáncer de mama, independientemente de su estadio y tratamiento, han pasado por una serie de fases, traducido en duelo, cabalgado por un tiempo no preciso de manera individual, donde no es fácil asumir el impacto ante el diagnóstico y la decisión del tratamiento para suprimir la enfermedad, los cambios en su imagen corporal y el miedo por la posible cercanía de la muerte, porque a pesar del avance de la ciencia y la tecnología que le da la perspectiva de una posible prolongación de la vida, por lo general las esperanzas de una recuperación completa no siempre es factible. Por lo tanto, en estas mujeres es fundamental que adopten una actitud objetiva que les permita sobrellevar la enfermedad y cumplir el tratamiento cabalmente para lograr la recuperación. Esta es una enfermedad que se está presentando en etapas de la vida de la mujer cada vez más tempranamente, por lo que es necesaria y vital la prevención, pero una vez diagnosticada, el equipo de salud debe contribuir con su salud integral, donde el reforzamiento con herramientas para afrontar tan dura crisis es imprescindible.

El cáncer de mama es una enfermedad especialmente adecuada para el estudio del afrontamiento, desde un punto de vista teórico y empírico, tanto por su frecuencia, como por tendencia cada vez mayor a convertirse en una enfermedad crónica de muy larga evolución, por los avances científicos y tecnológicos. . Pero a pesar de los progresos esta patología se sigue configurando en una situación potencialmente estresante, para quien la padece y para su grupo familiar y entorno.

En vista que muchas mujeres, ante el impacto del diagnóstico y todo el proceso de la enfermedad sucumben ante la depresión, tienen una actitud de miedo, de negación y muchas veces de aislamiento, surge la necesidad de analizar estrategias positivas que les

ayuden en percepción de bienestar. El afrontamiento es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes en situaciones complejas, difíciles de manejar y que no solo afectan la esfera física, sino que va de la mano con lo psicosocial.

Otro elemento clave como parte de un afrontamiento efectivo ante la adversidad es la resiliencia, un mecanismo que les permite a las personas que padecen un cáncer, lograr no sólo enfrentar la situación vital que les toca atravesar, sino también salir fortalecidos de ese acontecimiento traumático. El propósito de esta investigación fue determinar el Afrontamiento y la percepción de apoyo en mujeres con cáncer de mama, en una Unidad de Terapia Oncológica .

Afrontamiento ante la enfermedad crónica

Lazarus y Folkman (1986) describen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación, para otros investigadores, ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

El afrontamiento centrado en la emoción por el contrario se utiliza para controlar ésta, y reducir las emociones negativas consecuentes al estrés vivido por una situación en particular, en este caso la experimentada por las pacientes con cáncer de mama. En este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias tales como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos, regulación afectiva, descarga emocional, aceptación y reevaluación de la situación. Aducen los investigadores que se ha demostrado que el afrontamiento centrado en el problema se ha relacionado tradicionalmente con una mejor salud tanto física como mental. Es importante resaltar, que puede haber factores que contribuyen a utilizar una u otra estrategia, sin embargo pudiera ser adecuada en unos momentos y no en otros.

Toda la gama de situaciones experimentadas por las pacientes con cáncer de mama, les genera una gran carga de estrés que puede favorecer el desarrollo de alteraciones mentales como la ansiedad y la depresión, muchas veces solapadas y no tratadas oportunamente.

Medición del Afrontamiento

Para evaluar el afrontamiento la versión original del Ways of Coping (WOC) se desarrolló como medición general del afrontamiento llamada Ways of Coping Checklist de Folkman y Lazarus (1986), como pioneros en este constructo. Muchos años después, otros investigadores han realizado cambios en el intento de adaptar este instrumento a las necesidades de investigación, tomando como base este modelo teórico del estrés. Carver, Scheier y Weintraub (1989), propusieron el COPE como alternativa al Ways of Coping, dicho instrumento es más preciso en la formulación de las alternativas, así como ampliar

el número de áreas a evaluar, incluyendo algunas que no estaban en la anterior propuesta. Después de varias correcciones al instrumento en el año 1997, Carver consideró que era idóneo en investigación, ya que proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz.

Este instrumento llamado “El Brief COPE” queda conformado de la siguiente manera:

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estrés.
2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar crecer a partir de la situación.
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Los ítems están planteados en términos de las acciones o pensamientos que se utilizan como formas de afrontamiento, y cada uno tiene cuatro opciones de respuesta (0: en ningún momento; 1: en algún momento; 2: la mayor parte del tiempo; 3: todo el tiempo), referidas a la frecuencia con que la persona realiza una acción o tiene un pensamiento. Los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento.

En el afrontamiento de las personas con cáncer, muchas personas utilizan otras estrategias, entre ellas la capacidad de sobre ponerse a las adversidades de la vida, llamada resiliencia, como elemento vital de protección para la salud desde la perspectiva biopsicosocial.

En la presente investigación se utilizó, la escala del COPE breve modificado utilizando los siguientes ítems:

-Planeación: Planificar acciones para manejar el problema de mejor forma.

- **Auto distracción:** Ejecutar acciones que facilitan la distracción e impiden pensar en el estresor
- **Humor:** Hacer bromas y reírse de la situación cuando ya no es considerada como amenazadora.
- **Búsqueda de apoyo social:** Llevar a cabo conductas que favorezcan la obtención de información.
- **Uso de sustancias:** Ingerir o utilizar alcohol u otras drogas para disminuir el malestar emocional.
- **Apoyo emocional-religioso-espiritual:** Tender a incrementar su participación en actividades religiosas con el objetivo de encontrar consuelo y apoyo.
- **Autoinculpación:** Inclinar a creer que los actos o las omisiones de los mismos son la causa de la situación estresante.

Afirman los autores que aunque la versión (Brief **COPE** -17) contiene un menor número de ítems y de subescalas, sus propiedades psicométricas (confiabilidad total, confiabilidad por subescala, carga factorial de los reactivos y porcentaje de varianza explicada) reconocen que es un instrumento adecuado para evaluar respuestas de afrontamiento ante una situación específica de estrés, como es el caso de las mujeres con cáncer de mama.

Resiliencia

El término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Se postula que el desarrollo de la resiliencia tiene un componente personal y otro cultural, así mismo se describe que ciertas familias, grupos humanos y culturas facilitan y fortalecen la resiliencia, mientras que otras la impiden.

Según la OMS (2015) , la resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, enfatizando las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo y daño a la salud integral. En el escrito, se exponen algunas definiciones de la palabra “resiliencia” propuestas por diferentes autores, citado por Munist et al.(1998)

- Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).
- Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Kofler, 1989).
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Tal es el caso de las personas con cáncer.
- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intra psíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural.

Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que las personas nacen o que adquieren durante su vida, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992).

-La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a las personas, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos (Suárez Ojeda, 1995).

En el campo de la salud mental, según Grotberg citado por Acinas (2014) , define a la resiliencia de manera clara y sencilla como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, incluso, ser transformado por ellas. Durante todo el proceso el enfermo y su familia deberán realizar esfuerzos de ajuste y adaptación ante todos los acontecimientos a los que necesariamente se van a enfrentar en el transcurso de la enfermedad, y que en muchas ocasiones implican sufrimiento para el paciente y una amenaza constante y real para todo el grupo familiar, obstaculizando la interacción cotidiana. Las experiencias traumáticas percibidas durante la enfermedad pueden estar relacionadas con el paciente, pero también con sus familiares y allegados; como red de apoyo social. En muchas ocasiones el apoyo social puede fortalecer el afrontamiento positivo y para promover nuevos aprendizajes en las personas, resaltando la importancia que las mismas pongan en marcha sus propios recursos de afrontamiento, porque sin ellos, no sería posible adaptarse a la experiencia de este tipo de enfermedades.

La identidad social de la familia y del paciente es afectada profundamente por el cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social. La confrontación de esta experiencia (diagnóstico de cáncer, tratamiento y/o su reaparición) crea en el individuo afectado y dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada integrante con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos. Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia, sin embargo de manera individual se pueden tener estrategias de afrontamiento adecuadas para confrontar una experiencia inesperada y de gran incertidumbre. Se postula que el desarrollo de la resiliencia tiene un componente personal y otro cultural, así mismo se describe que ciertas familias, grupos humanos y culturas facilitan y fortalecen la resiliencia, mientras que otras la impiden.

Por otra parte, la resiliencia es tan elemental, porque la actitud positiva de las mujeres con cáncer, logran mantenerlas de alguna forma, aunque exista el apoyo social, no siempre se consigue las sugerencias de otros, sino lo que ella necesita hacer para obtener un bienestar psicofísico y sentirse bien. La resiliencia involucra tanto factores intelectuales, como los intrapsíquicos e interpersonales. Esta interacción produce una respuesta adaptativa y sistémica que le brinda a la persona un nivel de comprensión superior a todas las respuestas inherentes a la enfermedad. Asimismo, ellas logran identificar factores protectores, consolidando el sentido de la vida mirando a la enfermedad como una oportunidad para crecer.

Apoyo social

Queda claro que una de las principales redes de apoyo social es la familia. El apoyo social se relaciona con la red de seguridad frente a los eventos estresantes de cada uno de los integrantes de la familia, el cual reduce el comportamiento de alto riesgo, como por ejemplo, la falta de comunicación entre sus integrantes, la percepción negativa de

amenaza, la discapacidad funcional y contrarresta los sentimientos de soledad. Ella es el núcleo donde se desarrolla y se resuelve la enfermedad, más aun si es crónica como el cáncer de mama, Para que una familia afronte la enfermedad de uno de sus integrantes debe poner en marcha una serie de recursos, cuyo desarrollo dependerá en buena parte el éxito del afrontamiento, considerando los recursos básicos propuestos por Smilkstein: sociales, culturales, educacionales, económicos y médicos.

La enfermedad crónica como el cáncer de mama es irreversible, es decir una vez iniciada no vuelve atrás, por lo que los cuidados y apoyo que requiera la paciente son continuos y quizá permanentes. Las mujeres con esta enfermedad cuando logran adaptarse, se equilibran sus expectativas positivas con la realidad de los temores y las aprensiones constantes.

Consentimiento informado

El consentimiento informado tiene un significado e importancia esenciales, tanto en la investigación como en la práctica médica cotidiana, mucho más cuando se trata de pacientes con una enfermedad que genera un gran impacto en quien la padece y en su grupo familiar. A partir del siglo XX los derechos naturales del hombre y el respeto a la persona pasan a ser el eje fundamental del actuar humano. El consentimiento informado se define como "...la aceptación por parte de un enfermo, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. Este documento de ser claro, breve, directo y redactado con un lenguaje sencillo, accesible al paciente en razón de su nivel cultural y educativo. Asimismo debe cumplir con requisitos básicos son: libertad, competencia e información suficiente. Es mucho más que un permiso concedido por el paciente para realizarle un determinado procedimiento; es más que un acto formal de carácter documental. Es un proceso progresivo, gradual, de información y confianza, donde el médico da la potestad al paciente de decidir, tras recibir toda la información necesaria del objetivo de la investigación y del rumbo que tomarán las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. Es el pilar fundamental de la relación médico-paciente, donde prevalece la autonomía del paciente, su libertad y el respeto por sus derechos humanos. El proceso de consentimiento informado debe ser genuinamente implementado por deber, en defensa de la justicia y de la autonomía de cada paciente, que son la razón del que hacer médico

Método

Tipo de Investigación: Esta investigación fue de campo, descriptiva, transversal y comparativa.

Población y muestra: estuvo conformada por 35 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que están recibiendo tratamiento con quimioterapia y radioterapia y un grupo de 35 mujeres aparentemente sanas que acuden a la misma institución a realizarse la mamografía en el período de enero a Junio de 2016.

Sistema de Variables

A. - Socio demográficas

- Edad: por grupos de edad (años)
- Ocupación: oficio actual
- Grado de instrucción: primaria, secundaria, técnica, universitaria

B.- Características de la enfermedad

- Tiempo de evolución de la enfermedad: meses o años.
- Medicación que han recibido: Farmacológico, quirúrgico, radioterapia, quimioterapia.
- Comorbilidad asociada. Patologías asociadas por el paciente y/o diagnosticadas por el médico.

C.-Estrategias de Afrontamiento de Brief COPE-17: Se medirá considerando las preguntas que responden a cada una de las estrategias, según se describe a continuación.

- Planeación
- Autodistracción
- Humor
- Búsqueda de apoyo social
- Uso de sustancias
- Apoyo emocional-religioso-espiritual
- Autoinculpación

C.- Resiliencia. Se estimará la puntuación tomando en cuenta los valores obtenidos en cada una de las preguntas de cada factor de la Resiliencia.

- Aceptación positiva del cambio
- Competencia personal y tenacidad
- Control
- Espiritualidad
- Confianza en el propio instinto y fortalecimiento, bajo estrés

D.-Apoyo de MOS: Emocional, instrumental, interacción social positiva, afectivo e índice global.

Se considera que el apoyo global es:

- Apoyo global: Superior a 57 puntos.
- Apoyo emocional: Superior a 24 puntos
- Apoyo informacional o estructural: Superior a 12 puntos
- Interacción social: Superior a 9 puntos
- Apoyo afectivo: Superior a 9 puntos

Se utilizaron instrumentos validados a nivel nacional e internacional A continuación se describen los mismos.

Parte I: Está relacionado con los aspectos socio demográficos. Se diseñó un formato de recolección de datos que contiene aspectos relacionados con: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, estructura familiar, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidad asociada y tratamiento que han recibido.

Parte II: Contiene el test de Afrontamiento mediante el inventario de las Estrategias de Afrontamiento de Brief COPE-17 validado en México en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con radioterapia. El cuestionario en su estructura final de 17 reactivos y siete subescalas consideró los siguientes elementos. (planeación, auto distracción, humor, búsqueda de apoyo social, uso de sustancias, apoyo emocional-religioso-espiritual y autoinculpación),. Al reestructurar el instrumento, de esta investigación quedaron enumeradas de la siguiente manera:

- **Planeación:** Planificar acciones para manejar el problema de mejor forma, que consta de dos preguntas (1y2).

- **Auto distracción:** Ejecutar acciones que facilitan la distracción e impiden pensar en el estresor y en las posibilidades de un mejor manejo de su situación (preguntas 3y4).
- **Humor:** Hacer bromas y reírse de la situación cuando ya no es considerada como amenazadora (preguntas 5 y 6).
- **Búsqueda de apoyo social:** Llevar a cabo conductas que favorezcan la obtención de información útil, buscar ser apoyadas en ciertas actividades y recibir atención para ventilar emociones (preguntas 7,8, 9 y 10).
- **Uso de sustancias:** Ingerir o utilizar alcohol u otras drogas para disminuir el malestar emocional y poder soportar la situación estresante (preguntas 11 y12).
- **Apoyo emocional-religioso-espiritual:** Tender a incrementar su participación en actividades religiosas con el objetivo de encontrar consuelo y apoyo (preguntas 13, 14,15).
- **Autoinculpación:** Inclinar a creer que los actos o las omisiones de los mismos son la causa de la situación estresante. (Preguntas 16 y 17). (ANEXO I).

Parte III. Escala de Resiliencia.

Escala de Resiliencia (Connor Davidson Resilience Scale, CD-RISC) K. M. Connor y J. R. Davidson (2003), de la cual se cuenta con una versión en idioma español (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador, 2006). Es un cuestionario autoaplicado, conformada por 25 ítems que a través de una escala de frecuencias tipo Likert, el estudiante responde la escala con un rango de cinco puntos que va desde; Nada de acuerdo (0 punto) a Totalmente de acuerdo (4puntos) con una puntuación máxima de 100.

Las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia, identificando las personas con más o menos resiliencia. La escala original de Connor y Davidson(2003) presenta un alpha de Cronbach total de .89y una confiabilidad test- retest .87. Ha sido utilizado en población general y ámbito clínico. Los 25 ítems se estructuran según la escala original, en cinco dimensiones o factores como son: Competencia personal y tenacidad, Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés, Aceptación positiva del cambio, Control, Influencias espirituales. Este instrumento consta de 25 preguntas de una sola respuesta con base a una escala de 0 a 4 puntos, correspondiendo el número 0 a nunca y el 4 a siempre.

Mide los siguientes aspectos:

1. Aceptación positiva del cambio
2. Competencia personal y tenacidad
3. Control.
4. Influencias Espirituales
5. Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés

Parte IV: Incluye el cuestionario de Apoyo social funcional de MOS es un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, desarrollado por MOS (grupo de estudio para analizar diferentes estilos de la práctica médica, validado en el país), para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades. Este instrumento permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional, informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo y ofrece un índice global de apoyo social, que consta de20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social.

Los valores entre 0 y 1 se consideran indicadores de baja asistencia (red social nula o escasa): de 2 a 5 como de buen nivel de asistencia (red social suficiente) y de 6 a más de 10 como de alto nivel de asistencia (red social elevada). El apoyo emocional, entendido como expresión de afecto y comprensión empática y el proceso informacional, referido a guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. El apoyo instrumental, esto es, la provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado lo valoran los ítems 2, 5, 12 y 15. La interacción social positiva, que indica la disponibilidad de las personas para salir, divertirse o distraerse, la miden los ítems 7, 11, 14 y 18. El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6, 10 y 20. El índice global de apoyo social se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario.

Se considera que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se cataloga como falta de apoyo emocional informacional estructural, de interacción social y afectiva cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 9 puntos respectivamente.

Interpretación de los hallazgos

El cáncer de mama es una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial. Venezuela y Mérida no escapan a esta realidad. El riesgo de contraer cáncer de mama aumenta con la edad. Se afirma que el 2,29% de las mujeres que tienen actualmente 50 años contraerán el cáncer de mama en algún momento de los años siguientes y un 3.46% de las que tienen 60 años de edad lo contraerán para cuando lleguen a los 70 años.

El cáncer de mama representa una pesada carga de muertes prematuras, ya que 60% de las mujeres que muere tiene entre 30 y 59 años de edad. También existe cierta evidencia de que la edad promedio de inicio de la enfermedad es menor en los países en desarrollo que en los más desarrollados y amenaza a todos los grupos socioeconómicos. Asimismo afirman que en la región de Latinoamérica y el Caribe, el cáncer de mama es la principal causa de AVISAs perdidos por cáncer, y corresponde a 9%, seguido por el cáncer cérvico uterino con 7%. En Colombia en una investigación en mujeres con cáncer de mama encontraron la mayor frecuencia entre los 47 a 58 años, casadas, viviendo con sus esposos, de ocupación oficios del hogar y con grado de instrucción de secundaria. Estos hallazgos son similares a los observados en la presente investigación, al encontrar que estas mujeres son mayores de 45 años, sin embargo hubo un pequeño porcentaje en menores de esta edad, en su mayoría con secundaria completa, solo que mayormente viven con sus hijos en un porcentaje muy similar a las que viven con pareja e hijos. Vale la pena resaltar que las mujeres que se tomaron para control se estaban realizando la mamografía, y todas eran mayores de 45 años.

Aunque se afirma que el cáncer de mama es raro antes de los 30 años, se han reportado casos, quizá por ello en Canadá, que también tiene esta enfermedad como primera causa de morbimortalidad femenina, recomiendan entre los 40 a 49 años examen clínico anual, y de 50 a 59 años la mamografía. A su vez enfatizan, que a partir de los 20 años el examen clínico y el autoexamen mamario. A partir de los 40 con alto riesgo mamografía, con bajo riesgo a partir de los 50 años.

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, más de la mitad de las mujeres en estudio manifestaron tener un año con el cáncer de mama y casi la cuarta parte con más de dos años. Si estos hallazgos se relacionan con el tratamiento que están recibiendo, se puede suponer que hay retraso en el diagnóstico, porque no se piensa en esta temida enfermedad ni por parte de las pacientes, ni de las instituciones prestatarias de salud, de allí que el mayor porcentaje de las pacientes recibe la combinación de radioterapia, quimioterapia, quirúrgica y farmacológica. Este es un problema importante de salud, debido a que el número de mujeres que lo padecen, va en aumento, y tiene la característica que no suele presentar síntomas, por lo tanto el diagnóstico y el tratamiento son diferentes en función a la etapa de desarrollo que se encuentre la enfermedad. Se afirma que la mayoría de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama reciben un tratamiento con cirugía y radioterapia o quimioterapia, o ambas. Con los importantes adelantos en el tratamiento del cáncer de mama, muchas pacientes todavía tienen que lidiar con los efectos secundarios a corto o largo plazo y la angustia psicológica relacionada con la enfermedad y el tratamiento, lo que tiene una repercusión significativa sobre la calidad de vida, porque esta enfermedad es el cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo⁴⁸. Por otra parte, es importante resaltar que en investigaciones reportan tasas de supervivencia del cáncer de mama a los 5 años del diagnóstico entre 80 y 95 %, siendo una de las localizaciones de neoplasias que mayor número de tratamientos recibe con vistas a la remisión.

El impacto emocional que produce el diagnóstico de cáncer, supone una situación amenazante que junto a la incertidumbre respecto al futuro hacen mella en la capacidad de resistencia de la persona, por lo tanto, los aspectos que determinan la reacción de las pacientes puede deberse a su personalidad, experiencias anteriores, significado atribuido a la enfermedad y el sentido que le da a su vida. Todo supone un cambio radical en la vida del paciente y como tal, el tratamiento debe ser enfocado desde un punto de vista integral.

Más una cuarta parte de las mujeres con cáncer de mama manifestaron presentar comorbilidad con hipertensión arterial y diabetes; patologías muy similares a las que presenta el resto de la población en dichas edades. Estas enfermedades se caracterizan por ser de carácter crónico, por lo tanto, vivir con las mismas supone una sobrecarga más a su situación de salud, requiriendo del seguimiento terapéutico permanente y continuo a través del tiempo, para evitar las diferentes complicaciones sobre agregadas.

Al analizar el afrontamiento a la enfermedad utilizando la escala Brief COPE17, y se comparó el grupo de control y estudio, se muestra que la prueba ANOVA fue significativa para la sub-escalas **uso de sustancia, apoyo emocional – religioso y autoinculpción**, es decir, que la media de los grupos son diferentes y estadísticamente significativa. Es de hacer notar que los valores de las medias de las sub escalas **uso de sustancia y autoinculpción** es mayor en el grupo de estudio, mientras que para el **apoyo emocional.- religioso** es mayor en el grupo de control. Relativo a la sub escala uso de sustancias, el resultado de alguna manera es comprensible dado las manifestaciones psico emocionales y físicas que padecen estas pacientes. Se afirma que debido a los múltiples síntomas y temores que las pacientes y sus familias tienen durante el enfrentamiento a la enfermedad, es necesario un abordaje biopsicosocial por parte del equipo de salud, donde la intervención y el tratamiento sean diseñados para dar una respuesta adecuada a las necesidades individuales de cada paciente. En relación a la

autoinculpación (Inclinarse a creer que los actos o las omisiones de los mismos son la causa de la situación estresante) esta característica es propia de las etapas del duelo las cuales cabalgan entre la negación, la ira, y el sentimiento de culpa con dificultades para la aceptación de la enfermedad lo que conlleva a dificultades en el afrontamiento oportuno y adecuado. Se describe que el individuo que enfrenta una crisis puede entrar a un estado temporal de desorganización caracterizado por la incapacidad para abordar situaciones que demanden cambios de actitud. La manera en que se interpreta el suceso es decisiva para la resolución de dicha crisis, sobre todo cuando se involucra la autoimagen y se ven amenazados los planes futuros que requieren adaptaciones conductuales en el transcurso de la enfermedad. Al percibir que esta enfermedad se prolongará en el tiempo causando deterioro físico mental o ambos con la consecuente amenaza de su integridad y quizá por ello se enfrente por primera vez a la ineludible verdad de que es mortal, surgen sentimientos de culpa fallas en el autocuidado y culpas por acciones concretas y haber concientizado sobre el mantenimiento de la salud oportuno.

El apoyo emocional-religioso fue mayor en el grupo de control, siendo estadísticamente significativo. Este hallazgo es comprensible porque la mayoría de las personas son creyentes de un ser supremo (Dios), mas significativo cuando no se está viviendo un duelo por cáncer. Lo contrario ocurre en las pacientes que padecen de cáncer de mama y se han enfrentado a varios tratamientos oncológicos, activándose todos sus temores y reaccionando con una gran carga de ansiedad inmanejable del cual se defienden con bloqueo emocional y negación intensa según lo amenazante que le resulte dicha enfermedad. Progresivamente van haciendo contacto con su realidad reaccionando con rabia por el fracaso de su cuerpo, por el dolor y el sufrimiento, por sus miedos y sus pérdidas reales y anticipadas. Sienten rabia por quien les ha fallado y no le dado alivio como "Dios" y/ el equipo médico porque el alivio que le ofrecen implica dolor, disciplina y deprivaciones que requieren de espera y paciencia. La espiritualidad juega un papel importante en la salud y la enfermedad, reconocida como fortaleza emocional para poder recuperar la condición de cáncer de mama ya que las creencias en Dios o en un Ser Espiritual aparentan estar relacionados de manera significativa con la percepción de bienestar y disminución en el temor de la recurrencia del cáncer.

Cuando se contrastó **la escala de resiliencia** en el grupo de control y estudio, se observó que los valores de la media de las sub escalas y la escala resiliencia son más altas para el grupo control. Este resultado es preocupante en vista de que aparentemente las mujeres con cáncer de mama carecen de estrategias de afrontamiento, con valores muy bajos de resiliencia. Hallazgos diferentes a los encontrados por Crespo y Rivera (2012) quienes señalan que las participantes de su investigación, lucharon por superarse, desarrollando fortalezas cognitivas y emocionales durante la recuperación, descubriendo el propósito y los aspectos positivos en la vida y percibiendo la enfermedad como una oportunidad para crecer y beneficiarse. Probablemente los resultados de nuestra investigación difieren de los de los autores antes citados por el tiempo de evolución de la enfermedad. No obstante, son similares a los reportados por Alamo et al. (2012) quienes demuestran que la mayoría de la población objeto de estudio no han logrado enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias y a su vez no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad, lo que lleva a deducir que dichos pacientes no han logrado desarrollar, en el transcurso de sus vidas, conductas resilientes.

Referente al apoyo social, cuando se comparó el grupo de pacientes que padecen de cáncer de mama con las de control (sin la enfermedad) se aprecia que la prueba ANOVA es significativa en todas las sub escalas y escala es decir, que la media de los grupos son diferentes y estadísticamente significativa, donde los valores de la media de las sub escalas y la escala de apoyo son más alta para el grupo de estudio. El apoyo social está constituido por los recursos propios, los de su grupo familiar, los amigos, compañeros de trabajo y el entorno social. Al respecto Gawande (2015) expresa que el apoyo social es un soporte fundamental para los seres humanos, mucho más en los momentos de crisis como es la enfermedad por cáncer. La salud física y psíquica del individuo está inmersa en un sistema más amplio que es la familia y esta a su vez en una sociedad que para su desarrollo y óptimo funcionamiento requiere de una constante interacción positiva. Estos sistemas interactúan en un continuo inevitable e imposible de aislar.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados encontrados en la presente investigación deben orientar al equipo de salud oncológico de la necesidad de ofrecer herramientas de abordaje y afrontamiento en las pacientes con cáncer de mama porque a pesar de las fortalezas en la red de apoyo, carecen de un afrontamiento positivo y resiliente.

Se recomienda que los hallazgos de este estudio permitan facilitar:

1. El abordaje del equipo de salud con las pacientes con cáncer de mama debe ser integral, considerando los aspectos orgánicos y psicosociales.
2. Ofrecer estrategias que favorezcan un mejor afrontamiento resiliente de la enfermedad.
3. Brindar sesiones de educación para la salud con grupos focales relacionados con el manejo de la enfermedad crónica y el duelo.
4. Promover el autocuidado y mantenimiento de la salud en la población demandante
5. Continuar con la línea de investigación.

Referencias

- Acinas Acinas M, (2014) *Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer*. Psiq Biol. 2014; 21(2):65–71.
- Álamo G, Caldera M F, Cardozo, M J; González Y. (2012) *Resiliencia en personas con cáncer*. Formación Gerencial. 11(2). ISSN 1690-074X.
- Alves J, Castro C, Ribeiro H, Domingues H. (2007) *La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2*. Rev Latino-am Enfermagem 2007,5(4). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
- Baider L. (2003) *Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003, 3(1): 505-520.
- Breastcancer.org. (2014) *Riesgo de padecer cáncer de mama y factores de riesgo*. Última modificación 2 de abril de 2014. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/factores.
- Capote Negrín, L. (2006) *Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela*. Rev. venez. oncol, 2006, 18(4): 269-281.
- Capote Negrín, L. (2016) *Resumen de las estadísticas de cáncer en el año 2012*. . [Internet]. . [Consultado 12 de febrero de 2016]. Disponible en <http://www.oncologia.org.ve/site/userfiles/svo/Estad%C3%ADsticas%20de%20c%C3%A1ncer%20en%20el%202012.pdf>.

- Castaño E, León del Barco B. (2010) *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 2010, 10(2): 245-257
- CDC. (2015) *Centro para el control y la prevención de enfermedades*. Riesgo de cáncer de mama por edad. 2015.
- Connor KM, Davidson JR. (2003) *Development of a new resilience: the Connor-Davidson*
- Crespo Fernández L, Rivera García M. (2012) *El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico*. Revista Puertorriqueña de Psicología Vol. 23, 2012. 109-126.
- Crespo L, Rivera M. (2012) *El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico*. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2012, 23: 109-125.
- División de Prevención y Control del Cáncer, (2015) *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/age.htm>.
- Echeverri C. (1997) *El apoyo emocional ante la enfermedad*. En: Leal Quevedo F, Mendoza-Vega J, Plata-Rueda E. Hacia una medicina más humana. Colombia: Editorial Médica Panamericana. 1997.
- Font A, Cardoso A. (2009) *Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales*. PSICOONCOLOGÍA 2009; 6(9): 27-42.
- Gawande A. (2015) *Ser mortal*. La medicina y lo que importa al final. Barcelona España: Galaxia Gutenberg.
- González García A, González Hurtado A, Estrada Aranda B. (2015) *Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama*. 2015, 12(1): 129-140
- González-Robledo MC, González-Robledo, LM, Nigenda G. (2013) *Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina*. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33(3):183-9.
- Guillem V. (2014) *Seguimiento del enfermo oncológico crónico adulto*. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Disponible en: http://www.uv.es/ramcv/2014/081_VIII.III_Dr_Guillem.pdf.
- Hernández A. (2014) *Resiliencia y Autoestima asociados a imagen corporal en pacientes con cáncer de mama en grupo de recuperación Total reto A.C*, México Distrito Federal, Colonia Escandón. 2014. Tesis para obtener el grado de especialista en salud pública. Disponible en: http://www.academia.edu/11892991/Cancer_de_mama_2015.
- Hernández Moreno F, Landero Hernández R. (2015) *Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama*. Acta de Investigación Psicológica, 2015, 15(1): 1881-1891.
- Instituto Nacional del cáncer. (2015). *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento—Versión para profesionales de salud (PDQ®)*. [Internet] [Última actualización: 30 de octubre de 2015]. [consultado 13 de marzo] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>.
- Khan F, Amatya B, Ng L, Demetrios M, Zhang NY, Turner-Stokes L. (2013) *Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
- Knaul, F, Nigenda, G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Julio Frenk, J. (2009) *Cáncer de mama en México: Una prioridad apremiante*. Salud Pública de México. 2009, 51(2): 335-344.
- Lazarus RS y Folkman S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López-Olmos (2010) *Caso clínico: Cáncer de mama en una mujer de 25 años* Clin Invest Gin Obst. 2010; 37(3):116-123.
- Losada AV, Latour M I. (2012) *Resiliencia. Conceptualización e Investigaciones en Argentina*. Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. 2012; 4(2): 84-97.
- Macías M A, Madariaga C, Valle M; Zambrano J. (2013) *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico* Psicología desde el Caribe. 2013, 30(1): 123-145.
- Matsen C, Neumayer L. (2013) *Breast Cancer*. A Review for the General Surgeon. JAMA Surg. 2013; 148(10):971-980. doi:10.1001/jamasurg. 2013. 3393.
- Menezes VA, Fernández B, Hernández L, Ramos F, Contador I. (2006) *Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos*. Psicothema .2006, 18 (4):791-796.
- Molina MD, Milidoni O. (2009) *Afrontamiento de estrés a través del estadio en el cáncer de mama*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI. Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.2009. [Internet] [Consultado 2 de marzo de 2016]. Disponible en <http://www.aacademica.org/000-020/232.pdf>.
- Montiel Castillo V, Álvarez Reyes O, Guerra Morales V, Herrera Jiménez L, Fernández Castillo E. (2016). *Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad*. MEDISAN [Internet]. 2016 Feb [citado 2016 Oct 05] , 20(2): 184-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200007&lng=es.
- Moran C, Landero R, González M. (2014) *COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. Univ. Psychol. 2014; 9 (2): 543-552.

- Muela Martínez J, Torres Colmenero C Peláez Peláez E. (2002) *Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer*. *Psicothema*, 2002, 14(3): 558-563.
- Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez EN, Infante F, Grotberg E. (1998) *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OMS. [Internet] 1998 [consultado 13 de marzo] Disponible en. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>.
- Ojeda-Soto S, Martínez-Julca C. (2012) *Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama*. *Rev enferm Herediana*. 2012; 5(2):89-96.
- Oletta L JF. (2012) *Cáncer como problema de Salud* Situación del Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer Informe de abril de 2012. . [Internet]. . [Consultado 2 de marzo de 2016]. Disponible en <http://ovsalud.org/doc/CancerproblemaSalud.pdf>.
- Oliveros E, Barrera M, Martínez S, Pinto T. (2010). *Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer*. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 19 – 29.
- OMS. (2015) *Cáncer. Datos y cifras* [Consultado 12 de enero 2016]. Disponible en.:// [Http www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/).
- Ornelas R E; Tufiño MA; Sierra AV; Guerrero O T, Rosas AR, Sánchez JJ. (2013) *Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve*. *Revista Psicología y Salud*. 2013, 23(1):55-62.
- Quinceno MJ, Vinaccia S. (2011) *Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. *Pensamiento Psicológico*, Volumen 9, No. 17, 2011, pp. 69-82.
- Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003, 18:76-82.
- Revilla Lazarte, D, Fuentes Delgado D. (2007). *La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana*. *Acta Méd. Peruana*, Lima, 2007, 24(3):223-228.
- Rivas SM. (2012) *Fortalezas de Carácter y Resiliencia en estudiantes de Medicina de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2012.
- Solórzano M, Brandt C, Flores O. (2001) *Estudio integral del ser humano y su familia*. Postgrado de Medicina de Familia, Cariacuo IVSS – CIMF. Caracas: La Bodoniana. 2001.
- Tescary Quiñonez G, Poveda de Agustín J. (2012) *Resiliencia y Acontecimientos Vitales Estresantes en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma*. [Tesis no publicada]. Madrid. España: Universidad Autónoma de Madrid. 2012.
- Toro Ávila, D. (2009) *Aplicabilidad del modelo biopsicosocial y relación médico-paciente en el paciente oncológico*. Resúmenes de la Jornada de Investigación. *Rev Colomb* 218 *Cancerol* 2009; 13(4):218-220.
- Uzcátegui J. (2008) *Consentimiento informado*. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008, 68 (1); 1-4.
- Varela B, Alonso R, Galain A, Ibáñez A, Abreu M. (2011) *Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía* *Rev Psiquiatr Urug* 2011; 72(2):110-1,
- Várela B, Delgado L, Viera M, Galain A, Schwartzmann L. (2007) *Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama*. *Cienc. Enferm*. 2007, 13(2): 33-40. .
- Vargas-Manzanares S, Herrera-Olaya G, Rodríguez-García L, Sepúlveda-Carrillo G. (2010). *Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2010, 12(1): 7-24.
- Velasco-Campor M, Sinibeldi Gómez JF. (2001) *Manejo del paciente crónico y su familia*. México: Editorial El Manual Moderno. 2001.
- Vergeles-Blanca J, (2013) *En la enfermedad crónica ¿la familia ayuda?* *AMF*. 2013; 9(9): 495-500.
- Voceros de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) (2016) *El cáncer de mama*. [Internet]. [Consultado 13 de enero 2016]. Disponible en <http://www.amnistia.org/profiles/blogs/el-cancer-de-mama-es-la-primera-causa-de-muerte-en-mujeres-venezolanas->

Acerca del Autor

Víctor Manuel Requena Negrón
 Médico cirujano Universidad de Carabobo (1998). Es Especialista en Medicina Familiar de la Universidad de los Andes (2016)