

## Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia

Sixta Carolina Ruiz-Doria<sup>1\*</sup>, Nydia Nina Valencia-Jiménez<sup>2</sup> y Jorge Eliecer Ortega-Montes<sup>3</sup>

*1 Master in Public Health. Coordinator DLAC SAS (Colombia)*

*2 Master in Education. Professor Nursing Program University of Córdoba (Colombia)*

*3 Master in Urban Planning. Teacher Social Sciences Program University of Córdoba (Colombia)*

**Resumen:** El cáncer de mama es una realidad que ha significado la muerte para miles de mujeres, constituyendo un evento estresor que afecta la salud emocional y psicológica de la paciente. Este estudio pretende determinar los tipos de estrategias de afrontamiento desarrolladas por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de la ciudad de Montería, Colombia en el periodo 2013-2017. Se determinó una muestra de 131 pacientes y se estimó una probabilidad de éxito y fracaso de 50%, un error no mayor al 5% y una confianza de  $Z\alpha =$  al 95%. La encuesta sociodemográfica arrojó que las participantes son de escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, sin empleo, con pareja sentimental y profesan la religión católica; los datos arrojados por el Inventario Brief-COPE-28 refieren la preferencia por el tipo y estrategia de afrontamiento activo en 67.3% y 83.78% respectivamente, en la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento se obtuvo el planeamiento (55%), afrontamiento activo (56%) y la religión (64%); y el nivel de afrontamiento regular prevaleció en todas las categorías. Pese a las condiciones de vida precarias, las participantes emplean estrategias activas para sobrevivir, lo que implica que se debe implementar procesos de acompañamiento integral que potencien la capacidad de afrontamiento de los sujetos.

**Palabras clave:** Estrategias de afrontamiento; Estilos de afrontamiento, Cáncer de mama; Condiciones de vida.

**Title:** Living conditions and coping strategies of women with breast cancer in Córdoba, Colombia.

**Abstract:** Breast cancer is a reality that has meant death for thousands of women, constituting a stressful event that affects the emotional and psychological health of the patient. This study aims to determine the types of coping strategies developed by women diagnosed with breast cancer in the city of Montería, Colombia in the period 2013-2017. A sample of 131 patients was determined and a probability of success and failure of 50% was estimated, with a margin for error no greater than 5% and a confidence of  $Z\alpha = 95\%$ . The sociodemographic survey showed that the participants were of limited economic resources, low education level, unemployed, with a partner and profess the catholic religion; the data provided by the Inventory Brief-COPE-28 refer to the preference for the type and strategy of active coping in 67.3% and 83.78% respectively, the frequency of use of the strategy was obtained the planning (55%), active (56%) and religion (64%); and the level of regular coping prevailed in all categories. Despite the precarious living conditions, the participants use active strategies to survive, which implies that integral accompaniment processes must be implemented in order to enhance the coping capacity of the subjects.

**Keywords:** Coping strategies; Coping styles; Breast cancer; Living conditions.

### Introducción

Las situaciones vividas entre el antes, durante y después del diagnóstico de cáncer de mama trae consigo variedad en las respuestas adaptativas de las personas que podrían conectarse a factores médicos, socioculturales y psicológicos, pero que en esencia constituyen un núcleo investigativo de interés, porque la eficacia de los tratamientos establecida por el tiempo de supervivencia y el periodo de remisión está en relación directa con la calidad de vida y en estrecha conexión con los recursos psicosociales que las mujeres adopten para afrontar el cáncer y su tratamiento (Forjaz y Garrido, 2006).

Las discusiones que han surgido en las últimas décadas alrededor de la capacidad de afrontamiento de las personas, han suscitado la aparición de múltiples conceptos que oscilan entre: afrontamiento centrado en el problema y centrado en las consecuencias emocionales (Lazarus y Folkman, 1986); afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo y afrontamiento centrado en la evitación (Brown y Nicassio, 1987); afrontamiento desde las dimensiones de compromiso, separación y de búsqueda de ayuda (Osowiecki y Compas, 1999), los cuales son empleados según las necesidades investigativas y orientación teórica de los autores.

Es de interés establecer las diferencias entre el estilo y las

estrategias de afrontamiento, siendo el primero las predisposiciones que las personas emplean para afrontar el estrés y que les permiten elegir entre una estrategia de afrontamiento u otra; por su parte, las estrategias de afrontamiento constituyen una serie de comportamientos o acciones específicas para afrontar el estrés que varían según las condiciones del contexto entre otros factores desencadenantes (Pelechano, 2000), sin embargo, se ha demostrado la complementariedad teórica de ambos conceptos.

Moos y Schaefer (1993), distinguen el afrontamiento como una disposición estable del sujeto (estilo de afrontamiento), o dependiente del factor contextual, dándole un carácter de transitoriedad y concreción a la hora de responder ante situaciones estresantes específicas (estrategias de afrontamiento).

En ese sentido, el tipo de esfuerzos cognitivos y conductuales que utilizan las personas ante situaciones estresantes, son definidos por Lazarus y Folkman (1986) como estrategias de afrontamiento; en consecuencia, el afrontamiento se determinará por la situación en específico que se desea controlar, teniendo en cuenta que esta se puede transformar a partir de los aprendizajes de diversos tipos de actividades que las personas van llevando a la práctica según la necesidad que posean.

Las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas en diferentes áreas y condiciones médicas (Lara y Kirchner, 2012; Andrés-Villas, Torrico y Remesal, 2012; De la Fuente,

\* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:  
Sixta Carolina Ruiz Doria. (Colombia). E-mail: [sixtacarol@hotmail.com](mailto:sixtacarol@hotmail.com)  
(Article received: 30-11-2018; revised: 14-1-2019; accepted: 12-4-2019)

Martínez, Salmerón, Vera y Cardelle-Elawar, 2016); en lo que a cáncer de mama se refiere, existen estudios que buscan establecer la relación entre el riesgo de tener esta enfermedad con la realización de las pruebas de cribado y los posibles resultados que se derivan de esta, que muestran, según Cardenal y Cruzado (2014), que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema resultan ser más eficaces cuando la mujer está en el momento de aclarar un diagnóstico de benignidad, y que la mamografía de cribado en sí no genera malestar emocional a las mujeres (Cardenal, Cruzado, González, Rodríguez, González y Valentín, 2013).

Por su parte, Pieterse, Van Dooren, Seynaeve, Bartels, Rijnsburger y De Koning, (2007), establecieron que los niveles más altos de angustia los registran las mujeres con riesgos de cáncer de mama que emplean el afrontamiento pasivo, por tanto las recomendaciones al sector salud giran en torno a que se fortalezcan las estrategias de afrontamiento activo.

Otros estudios han explorado las estrategias de afrontamiento cuando la mujer espera recibir un tratamiento o consulta con el médico oncólogo tratante, tal es el caso de Font y Cardozo (2009) y Henao, Osorio y Parra (2017); quienes identificaron que en este momento las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama emplean diversas estrategias de forma simultánea que no son excluyentes en sí, y que la adaptación y afrontamiento en este tipo de pacientes se produce de forma favorable, integrada y compensatoria (Leyva, Solano, Labrador, Gallegos y Ochoa, 2011), en la medida en que las mujeres buscan el equilibrio potenciando la creatividad, esfuerzo y dedicación, es decir, empleando una gama de estrategias de afrontamiento activo.

En esta dirección, existen evidencias que sugieren que ciertas estrategias y estilos de afrontamiento centrados en el problema asociado con variables sociodemográficas positivas se encuentran relacionadas con un mejor ajuste a la enfermedad, y por ende produce mejorías en la calidad de vida (Reich y Remor, 2011); así como también en esta fase, algunos estudios pudieron establecer que la resolución de problemas es la estrategia de mayor aceptación, la cual se encuentra relacionada con el tipo de tratamiento recibido, edad y la mayor escolaridad, entre otras variables sociodemográficas (De Haro, Gallardo, Martínez, Camacho, Velásquez y Paredes, 2014).

Rojas y Varela (2017), se centraron en analizar los factores psicosociales asociados a la capacidad de afrontamiento en un grupo de sobrevivientes de cáncer de mama, resaltando que las mujeres tienden a adoptar dos posturas: activas y pasivas, destacándose en las primeras la capacidad de potenciación de una serie de estrategias como el espíritu de lucha, autoeficacia que favoreció el desarrollo de sus capacidades humanas y que favorecen la adopción de una postura resiliente, positiva y activa que las llena de positivismo y les permite enfrentar los procesos y alcanzar la sobrevida; entre tanto las pasivas adoptan una posición pesimista, asumen postura de resignación y fatalidad cuya línea se inscribe a los hallazgos de otras investigaciones que muestran un predominio en el estilo de afrontamiento centrado en la emoción,

cuyas estrategias señalan procesos disfuncionales que aumentan la vulnerabilidad ante el fenómeno (Montiel, Álvarez y Guerra, 2016).

El optimismo relacionado con las estrategias de afrontamiento ha sido una línea de investigación muy nutrida en las últimas décadas, algunos estudios dan cuenta que las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que son optimistas, por lo general emplean estrategias activas como la reflexión, planificación, apoyo social, sentido del humor (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, y Clark, 1993); otros estudios, plantean que las personas optimistas tienden a adoptar estrategias activas como el espíritu de lucha, y las personas pesimistas prefieren las estrategias de desesperanza e impotencia, preferencias que se conservan en el antes y después de la cirugía (Schou, Ekeberg, Ruland, 2005).

El optimismo disposicional se podría convertir en un factor protector para mitigar las dolencias y efectos de la enfermedad, pero los resultados investigativos advierten que el impacto del pesimismo es mayor en la pérdida de calidad de vida de la mujer, por tanto todo el esfuerzo del equipo de apoyo instrumental ha de concentrarse en fortalecer las habilidades de la mujer para encontrar las herramientas que le permitan sentirse emocionalmente sana y optimista (Pujol y Font, 2014).

Las experiencias de las personas ante diferentes adversidades y situaciones dejan al descubierto que no todos los sujetos responden igual ante un mismo estresor, es decir, que frente al diagnóstico de cáncer de mama, las personas pueden reaccionar de diferente forma, por un lado podrían asumir una conducta depresiva y aislarse del contexto familiar y social; pero por otra parte puede generar una conducta de apego y demandar más cuidados y afectos por parte de su pareja, familiares y amigos, asumiendo posiblemente así el evento estresor desde tres dimensiones básicas: conductual, cognitiva o emocional.

Por consiguiente, resulta necesario identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas para estudio mamográfico en el Centro de Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad DIAC S.A.S., en la ciudad de Montería, Córdoba, Colombia, en el período 2013-2017, puesto que la identificación e inclusión de este aspecto propio de las condiciones psicológicas y emocionales de las pacientes constituye una necesidad desde la garantía de la prestación de un servicio médico integral y de calidad, siendo importante también de cara a comprender mejor la reacción psicológica que asumen las pacientes en relación a la enfermedad que amenaza la vida, a su vez propicia la obtención de datos que ayuden a desarrollar estrategias adecuadas para el tratamiento de alteraciones psíquicas en estas pacientes.

En consecuencia, el presente estudio se propuso como primer objetivo evaluar las condiciones de vida de las participantes a partir de la reflexión de sus características personales y sociales presentes en la mujer con diagnóstico de cáncer de mama; y como segundo objetivo se planteó analizar los estilos y estrategias de afrontamiento de las pacientes

con cáncer de mama desde las dimensiones: cognitivo, afectivo y conductual.

## Método

### Participantes

Para la ejecución de la investigación, se contó con la participación voluntaria y anónima de un total de 131 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, quienes fueron tomadas de una población universo equivalente a 16.744 pacientes atendidas y registradas en la base de datos de la IPS DIAC S.A.S, con sede en la ciudad de Montería en el periodo 2013-2017, en el servicio de mamografía, quienes son afiliadas al régimen subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social vigente en Colombia.

La distribución de la muestra en cuanto al sexo, corresponde en un 100% a mujeres. La edad de las participantes osciló entre 35 y 70 años ( $M = 57.23$  años;  $DT = 8.02$ ). Todas las personas que participaron en esta investigación eran pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, a través de mamografía. Dadas las características de los sujetos de estudio, ninguna paciente diagnosticada con cáncer de mama con alguna prueba de tamizaje diferente a la mamografía participó en el estudio.

Con respecto a otros datos sociodemográficos de interés en el estudio, la muestra se distribuyó de la siguiente forma: en relación a su estrato socioeconómico, la mayoría de las participantes reportaron vivir en estrato uno (62.6%), con respecto a la religión 60.3% manifestaron ser católicas y 27.5% son casadas.

La muestra se determinó de la población universo mediante muestreo simple aleatorio. En este caso se estimó una probabilidad de éxito y fracaso de 50%, un error no mayor al 5% y una confianza de  $Z\alpha = 95\%$ .

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- *Cuestionario Sociodemográfico*: con este cuestionario se obtuvo información de las participantes con respecto a su lugar de residencia (región centro/ alto Sinú/ Sinú medio/ bajo Sinú/ alto san Jorge/ costera/ sabana/ fuera del departamento); estrato (1/2/3/4/5/6); religión (cristiana/ católica/ adventista/ testigo de jehová/ otra); edad (35-46, 47-58, 59-70); estado civil (soltero/ casado/ separado/ unión libre/ viudo); vive con (padres/ pareja/ hijos/ hermanos/ solo/ otro); tipo de vivienda (propia/ familiar/ arrendada); principal aportante al sostenimiento económico (recursos propios/ ayuda familiar/ pareja/ ayuda gubernamental/ otro); recibe subsidio especial (sí/ no); afiliación al sistema de salud (cotizante/ beneficiario); régimen (contributivo, /subsidiado); trabajo (trabaja/ busca trabajo/ no trabajo/ pensionado); tipo de contratación (indefinido/ a término fijo/ por cuenta propia/ ocasional) y escolaridad (primaria incompleta/ primaria completa/ bachillerato incompleto/

bachillerato completo/ técnico/ tecnólogo/ universidad incompleta/ universidad completa/ sin estudios).

- *Inventario Brief-Cope*: Este instrumento fue creado para evaluar las diversas respuestas que las personas realizan ante el estrés, que según Carver (1997) consiste en un inventario multidimensional que se estructura a partir de escalas cuyos ítems miden conceptualmente aspectos relacionados con este evento. Existen varias versiones de COPE, sin embargo, para estudios que aborden la salud se diseñó el Brief-COPE, que es de fácil manejo y está integrado por 14 subescalas organizadas en dos ítems, que en su conjunto valoran los tres dominios de las estrategias de afrontamiento a saber: afrontamiento cognitivo, afrontamiento afectivo y afrontamiento conductual, distribuidos en dos estilos de afrontamiento: activo y pasivo.

En el dominio cognitivo, específicamente en el estilo de afrontamiento activo, se evalúa la reformulación positiva, humor y aceptación; entre tanto, en el estilo pasivo se mide la negación, religión, uso de sustancias y auto culpa. En lo que respecta al dominio afectivo, el Brief-COPE valora, en el estilo activo, el apoyo emocional y el apoyo instrumental, y en el estilo pasivo evalúa la descarga emocional, y en el dominio conductual se realiza la evaluación de los ítems activos y de planeamiento (estilo activo), y los ítems de renuncia y autodestrucción (estilo pasivo).

Los participantes tuvieron cuatro opciones de respuestas: (1: nunca; 2: algunas veces 3: casi siempre; 4: siempre), referidas a la frecuencia con que la persona realiza una acción o desarrolla un tipo de pensamiento. Los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento. Por otra parte, los coeficientes de confiabilidad (consistencia interna) de las 14 subescalas originales tienen valores alfa de Cronbach de entre .50 y .90 (Carver, 1997), cuya consistencia interna resulta ser adecuada para este tipo de estudios, así como también se mostró favorable la flexibilidad del inventario en su aplicación

### Procedimiento

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria, teniendo en cuenta los criterios de selección. A las mujeres se les hizo una entrevista estructurada, que consta de dos partes, la primera donde se identifican las características sociodemográficas, y la segunda donde se aplicó el inventario Brief-Cope. Se contó con un equipo de encuestadores capacitados para la aplicación del instrumento, el cual verificaba que se respondieran todos los campos y no se tuviera datos perdidos.

Para determinar el nivel de afrontamiento de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama a través de mamografía, se usó la escala de Estaninos. Teniendo en cuenta que el afrontamiento consta de 14 ítems antes mencionados, se consideró en la evaluación del afrontamiento los siguientes rangos de medición: mal afrontamiento (12 – 24 puntos del test), afrontamiento regular (24 – 37 puntos del test), y buen afrontamiento (38 – 50 puntos del test).

La categoría cognitiva, consta de 4 ítems: planeamiento, reformulación positiva, humor y aceptación y se consideró para la evaluación cognitiva los siguientes criterios: mal afrontamiento (4 – 8 puntos del test), afrontamiento regular (9 – 13 puntos del test), y buen afrontamiento (14 – 18 puntos del test). La categoría afectiva, se evalúa a partir del apoyo emocional, apoyo instrumental, religión y descarga emocional, y se estableció un rango referido a: mal afrontamiento (4 – 8 puntos del test), afrontamiento regular (9 – 13 puntos del test), y buen afrontamiento (14 – 18 puntos del test). Finalmente, en la categoría conductual, la cual consta de 6 ítems referidos al afrontamiento activo, renuncia, auto-distracción, negación, uso de sustancias y auto-culpa, se consideró un rango de mal afrontamiento (6 – 12 puntos del test), afrontamiento regular (13 – 19 puntos del test), y buen afrontamiento (20 – 24 puntos del test).

### Análisis de datos

La recolección y tabulación de los datos se realizó en Excel 2010, para un posterior análisis con el programa estadístico SPSS 23.0. Se realizó descripción de las características sociodemográficas mediante frecuencias absolutas y porcentajes, en lo referente al análisis de las estrategias de afrontamiento se calcularon las medias de las respuestas para determinar el valor de las estrategias de afrontamiento, y las frecuencias absolutas y porcentajes, por estrategias, por categorías y totales. Por otra parte se determinó con estadística descriptiva según los intervalos establecidos la evaluación cognitiva, afectiva y conductual con tablas de dos entradas clasificadas en categorías, estrategias y uso de frecuencia de la estrategia.

### Criterios éticos

El proyecto investigativo del cual se desprenden estos resultados se sometió a evaluación del Comité de ética de la investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, organismo que verificó que los riesgos éticos se pudiesen determinar con facilidad, y se establecieron las estrategias válidas para poder controlarlos en el evento de que surgieran en el marco del estudio.

Se contó con la aprobación del Comité de ética para el desarrollo del estudio y con el aval y seguimiento de la IPS DIAC S.A.S, con sede en la ciudad de Montería, Colombia.

## Resultados

A partir de la aplicación del cuestionario sociodemográfico y su procesamiento con técnicas de estadística descriptivas, se obtuvo frecuencias absolutas y porcentajes que permitieron caracterizar a la población.

Dentro de las principales tendencias encontradas se pudo establecer que 62.6% de las participantes son de estrato socioeconómico 1; 60.3% tiene una filiación religiosa católica; para el caso de la edad, estas se agruparon en rangos etarios

arrojando que los dos rangos de edades que comprenden el 89.3% de las pacientes, están distribuidos en los grupos de 47-58 años y 59-70 años, con participación atípica de una paciente de 35 años de edad (inferior a la recomendada para la aplicación de la prueba mamográfica).

Así mismo, la principal frecuencia para el estado civil señaló que las participantes son casadas 27.5%, mientras que el 54% está en un nivel educativo inferior a la culminación del bachillerato, el 76.3% de las pacientes pertenecen al régimen subsidiado, por último, se pudo determinar que el 73% de las participantes no trabaja, cifras que pueden ser corroboradas en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las pacientes sujeto de estudio.

	Características	Frecuencia	Porcentaje
Estrato social	1	82	62.6
	2	36	27.5
	3	10	7.6
	4	3	2.3
Religión	Cristiana	46	35.1
	Católica	79	60.3
	Adventista	1	.8
	Testigo de Jehová	3	2.3
Edad	No profesa	2	1.5
	35-46	11	8.4
	47-58	60	45.8
	59-70	57	43.5
Estado civil	Soltero	27	20.6
	Casado	36	27.5
	separado	22	16.8
	Unión libre	33	25.2
Escolaridad	Viudo	13	9.9
	Primaria incompleta	22	16.8
	Primarias completa	33	25.2
	Bachillerato incompleto	16	12.2
	Bachillerato completo	24	18.3
	Técnico	9	6.9
	Tecnológico	3	2.3
Régimen	Universidad incompleta	3	2.3
	Universidad completa	9	6.9
	Sin estudios	12	9.2
	Contributivo	52	40.0
Situación laboral	Subsidiado	79	60.0
	Trabaja	24	18.3
	Busca trabajo	6	4.6
	No trabaja	96	73.3
	Pensionado	5	3.8

La primera clasificación para las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama giró en torno al estilo actitudinal de las mismas, agrupándose en activas y pasivas, obteniendo que la principal frecuencia de uso equivalente al 67.3%, correspondió a las activas, mientras que las pasivas tuvieron un uso en las participantes del 57% (véase Tabla 2).

**Tabla 2.** Estrategias de afrontamiento.

Tipo de afrontamiento	Estrategia	Total
Afrontamiento activo	Activo	83.78%
	Planeamiento	79.87%
	Reformulación positiva	70.32%
	Humor	37.88% 67.39%
	Aceptación	45.23%
	Apoyo emocional	76.72%
Afrontamiento pasivo	Apoyo instrumental	77.96%
	Renuncia	36.45%
	Auto-distracción	71.76%
	Negación	49.62%
	Religión	87.69% 57.55%
	Uso de sustancias	50.38%
	Auto-culpa	34.83%
	Descarga emocional	72.14%

Partiendo de los resultados expuestos, es necesario recordar que el cáncer de mama constituye un evento estresante que afecta la estabilidad emocional y psicológica de las pacientes por tanto su superación requiere la toma de acciones y decisiones actitudinales asertivas en el marco de su afrontamiento.

Ahora bien, según la clasificación y agrupación de las estrategias de afrontamiento estas se pueden organizar por su dimensión o categoría, por ello la Tabla 3 muestra las frecuencias de uso para cada una de las estrategias así como su agrupación para las categorías cognitiva, afectiva y conductual.

**Tabla 3.** Frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento según su dimensión.

Categoría	Estrategias	Frecuencia uso				Total
		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Cognitivo	Planeamiento	2 1.50%	17 13%	40 30.50%	72 55%	131 100%
	Reformulación positiva	1 0.80%	33 25%	61 46.60%	36 27%	131 100%
	Humor	73 55.70%	39 30%	14 10.70%	5 4%	131 100%
	Aceptación	56 42.70%	43 33%	17 13.00%	15 11%	131 100%
	Apoyo emocional	1 0.80%	22 17%	51 38.90%	57 44%	131 100%
Afectivo	Apoyo instrumental	1 0.80%	15 11%	56 42.70%	59 45%	131 100%
	Religión	0 0.00%	9 7%	38 29.00%	84 64%	131 100%
	Descarga emocional	1 0.80%	27 21%	59 45.00%	44 34%	131 100%
	Activo	0 0.00%	13 10%	44 33.60%	74 56%	131 100%
Conductual	Renuncia	74 56.50%	40 31%	13 9.90%	4 3%	131 100%
	Auto-distracción	2 1.50%	31 24%	56 42.70%	42 32%	131 100%
	Negación	26 19.80%	64 49%	35 26.70%	6 5%	131 100%
	Uso de sustancias	15 11.50%	65 50%	50 38.20%	1 1%	131 100%
	Auto-culpa	81 61.80%	37 28%	8 6.10%	5 4%	131 100%

La categoría cognitiva, está compuesta por 4 estrategias de afrontamiento los cuales fueron valoradas principalmente por los sujetos de estudio de la siguiente manera: planeamiento (siempre 55%), reformulación positiva (casi siempre 46%), humor (nunca 55%) y aceptación (nunca 42%), este resultado muestra que las pacientes usan el planeamiento como principal estrategia cognitiva de afrontamiento.

Por su parte, las estrategias agrupadas en la categoría afectiva a diferencia de las otras dos categorías, presentan el mayor nivel de aplicabilidad y uso, siendo la religión quien

obtuviese la principal frecuencia de uso (29% casi siempre y 64% siempre), seguido por apoyo instrumental (42.7% casi siempre y 45% siempre) y continuando con ese orden se determinó el apoyo emocional (38,9% casi siempre, y siempre 44%).

La categoría conductual de afrontamiento está conformada por 6 estrategias, siendo la de mayor uso en las pacientes el afrontamiento activo con 56%, mientras que las estrategias menos implementadas por las pacientes, corresponden a la auto-culpa que ocupó la principal frecuencia para la op-

ción algunas veces con un 28% y 61,8% nunca, seguidamente la renuncia 31% para algunas veces y 61,5% nunca, mientras que la tercera estrategia con menor frecuencia de uso fue la negación 48% para algunas veces y 19,8% nunca.

La Tabla 4, señala algunas correlaciones de interés en el presente estudio, entre las características sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento empleadas por las participan-

tes, identificándose que entre la relación del estado civil y la renuncia se tuvo un P valor de  $0,005 < 0,05$ , adicional a esto, 80,7% de las mujeres independientemente de su estado civil nunca o solo a veces usaría la estrategia de afrontamiento de renuncia, y solo 13% de las participantes lo adoptaría, donde el porcentaje más alto se da con un 8,4% para las mujeres que tienen pareja, sea casada o unión libre.

**Tabla 4.** Relación entre las características sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento.

Característica sociodemográfica	Estrategia	Chi-cuadrado	gl.	Sig. Asintótica (bilateral)	N
Residencia	Reformulación positiva	38.158a	15	.001	131
	Humor	36.927a	15	.001	131
	Aceptación	39.196a	15	.001	131
	Renuncia	74.293a	15	.000	131
	Auto-culpa	69.464a	15	.000	131
Estado civil	Humor	24.943a	12	.015	131
	Renuncia	28.101a	12	.005	131
	Auto-culpa	21.933a	12	.038	131
Vive con	Apoyo instrumental	49.862a	18	.000	131
	Uso de sustancias	48.084a	18	.000	131
	Descarga emocional	32.322a	18	.020	131
Aporte económico	Humor	41.370a	9	.000	131
	Aceptación	21.841a	9	.009	131
	Renuncia	26.615a	9	.002	131
	Auto-culpa	23.967a	9	.004	131
	Planeamiento	18.899a	9	.026	131
Trabajo	Aceptación	22.936a	9	.006	131
	Renuncia	21.842a	9	.009	131
	Descarga emocional	26.907a	9	.001	131
Régimen	Aceptación	12.162a	3	.007	131

En cuanto a la relación entre con quién vive actualmente y el uso del apoyo instrumental como estrategia de afrontamiento para el cáncer de mama, se encontró que 95,4% de las mujeres que viven con algún tipo de compañía, sea de los padres, hermanos, pareja, hijos u otro familiar adoptan el apoyo instrumental como estrategia de afrontamiento.

Para la relación entre actualmente vive con y el uso de sustancias se encontró un P valor  $0,000 < 0,05$ , y se evidencia que 61,1% de las mujeres independientemente de con quien vivan nunca o solo a veces usaría el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento, mientras que 38,9% casi siempre o siempre lo harían; siendo 16,8% el porcentaje más alto y se da para aquellas que viven con los hijos.

En cuanto al humor y el aporte económico se dio un P valor  $0,000 < 0,05$ , y tiene relación dado que 76,3% de las mujeres cuyo principal aportante eran recursos propios, nunca o solo a veces usarían el humor como estrategia de afrontamiento.

Por otra parte, la relación entre el aporte económico y la renuncia con un P valor  $0,002 < 0,05$ , se encontró una situación similar con la del humor, al identificarse que 74,8% que manifestaron sostenerse con recursos propios, nunca o solo a veces emplean la renuncia como estrategia de afrontamiento.

En la relación de aporte económico con la auto-culpa, se obtuvo un P valor de  $0,004 < 0,05$ , adicional se encontró que

77,9% de las mujeres que se sostienen con recursos propios, respondieron que nunca o solo a veces emplean la auto-culpa como estrategia de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama, lo que lleva a suponer que aquellas que cuentan con recursos propios para su sostenimiento usan poco la renuncia.

En definitiva, se encontró relación entre la estrategia de afrontamiento de descarga emocional y la variable sociodemográfica trabajo, lo que indica una fuerte asociación entre estas dos con un P valor de  $0,001 < 0,05$ , esto se puede evidenciar ya que 73,3% de las mujeres que adoptaron esta estrategia de descarga emocional no trabaja.

## Discusión

Con respecto al primer objetivo, las condiciones de vida evaluadas señalan que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Departamento de Córdoba, Colombia, durante el periodo 2013-2017, presentan condiciones especiales ligadas a la fragilidad social, económica, física y espacial del territorio cordobés que, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018), muestra un índice de pobreza monetaria superior a la media nacional (45,8%), propiciando que factores como ser mujer, vivir en estrato 1, poseer un nivel educativo deficiente, no tener empleo y perte-

necer al régimen subsidiado se interconecten con la aparición del cáncer mamario.

El comportamiento del cáncer mamario, según el Instituto Nacional de Cancerología-INC- (2017), se inscribe en considerar que la enfermedad tiende a producirse con mayor frecuencia en las regiones con mejores condiciones sociales y económicas, afirmación que puede corroborarse con los resultados obtenidos en ciudades capitales como Bogotá y Cali, donde, Sánchez, Niño & Estupiñán (2015) y Piñeros, Sánchez, Perry, García, Ocampo y Cendales (2011), detectaron en la ciudad de Bogotá una población con mayorías ubicadas en el estrato 3, mejor nivel de escolaridad, con empleo formal e informal y pertenecientes al régimen contributivo. Por su parte, Henao, Osorio & Parra (2017) identificaron en la ciudad de Cali, mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con niveles educativos (bachiller, técnico y universitario) y mayorías en el estrato 2 y 3.

Estos resultados motivan conocer qué sucede con la salud de las mujeres del Departamento de Córdoba, que describen un comportamiento diferente con relación a otras regiones del país, lo cual ofrece retos a las políticas públicas para atender con una mirada diferencial esta problemática; más si se toma en cuenta que la posición económica de la mujer es una barrera de tipo estructural que limita el acceso a un tratamiento idóneo, e incluso incide para que estas puedan recibir tratos diferenciales en la atención del cáncer de mama por parte del personal de salud que afectan su capacidad de afrontamiento, porque a la par de sufrir una enfermedad catastrófica deben enfrentar la discriminación por su condición social (Sánchez, Laza, Estupiñán & Estupiñán, 2014). Además, según los resultados obtenidos se puede aseverar que las mujeres desempleadas adoptan estilos de afrontamiento pasivo, específicamente la estrategia de descarga emocional.

Las mujeres que cuentan con mayores niveles de escolaridad refieren mejores oportunidades para el diagnóstico oportuno y el tratamiento que podrían explicarse en tres sentidos: el primero, plantea la dotación de herramientas frente al diagnóstico precoz al aumentar la frecuencia en los exámenes clínicos y pruebas diagnósticas (INC, 2017); el segundo, maximiza las opciones laborales implicando la vinculación formal y afiliación contributiva de la paciente, y finalmente, el nivel de escolaridad potencia la adopción de estrategias de afrontamiento más efectivas que permiten enfrentar y superar la enfermedad (Sánchez, Laza, Estupiñán & Estupiñán, 2014).

El segundo objetivo de este estudio, planteó la necesidad de analizar los estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes, pero antes de abordarlas es necesario realizar una distinción entre estas y el estilo de afrontamiento; en este orden, los estilos de afrontamiento son las formas estables o conscientes que tienen las personas para afrontar el estrés, clasificándose en afrontamiento activo o afrontamiento pasivo.

Los hallazgos de este estudio lograron establecer que el afrontamiento activo es el de mayor uso de frecuencia de las

mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Departamento de Córdoba, cuyos resultados son similares a los obtenidos por Cardenal y Cruzado (2014), quienes lograron identificar que las estrategias de afrontamiento de mayor uso corresponden a las activas y centradas en el problema, al igual que los hallazgos de Moreno, Gutiérrez y Zayas (2017), cuyas participantes optaron por el afrontamiento activo o centrado en el problema cuando adoptaban posiciones de hacer frente a la situación problema y resolverla, aunque en algunas oportunidades empleaban estilos centrados en el manejo de las emociones; pero se aleja de otros estudios que señalan la adopción de los estilos de afrontamiento de forma simultánea (Henao, Osorio y Parra, 2017; Font y Cardozo, 2009), o en casos donde el grupo de participantes emplea con la misma frecuencia el uso de estilos orientados al problema o a la emoción, pero notaron una leve diferencia con el uso del estilo orientado a la emoción (Lostanau, Torrejón y Cassaretto, 2017).

El estilo de afrontamiento adoptado por el grupo de mujeres participantes se torna positivo, porque desde la perspectiva de Moreno (2016), las personas que adoptan un afrontamiento activo presentan un mejor comportamiento frente al estrés generado a partir de una enfermedad, además porque son personas que emplean actitudes emocionales y psicológicas positivas que minimizan la angustia (Schou, Ekeberg y Ruland, 2005), de igual forma, este tipo de estilo visibiliza a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama como personas motivadas por el deseo de vencer la enfermedad, entendiéndola inclusive como un reto que han de superar, especialmente en un grupo de mujeres con altos niveles de vulnerabilidad social, porque a pesar de las condiciones de vida registradas por las participantes que las obligan a enfrentar barreras económicas, geográficas, laborales, administrativas, entre otras, estas poseen un espíritu guerrero movido por la fuerza interior que caracteriza la mujer cordobesa.

La información recabada sobre las estrategias de afrontamiento, se analizaron bajo los planteos teóricos que las conciben como una serie de comportamientos específicos que varían según el contexto y otros factores desencadenantes; al respecto, la mayor tendencia se ubicó en el predominio de estrategias de afrontamiento activo, que se constituye en un factor clave para mejorar la percepción de la enfermedad, disminuir la angustia psicológica y mejorar en la calidad de vida de la paciente (Yang, Brothers, y Andersen, 2008). Por su parte, el resultado para el uso de las estrategias de afrontamiento pasivo, puede entenderse a partir de asociaciones de creencias culturales del cáncer de mama con la muerte, por ello Lazarus y Folkman (1986) señalaban que los estilos de afrontamiento pasivo surgen cuando el sujeto siente desesperanza ante un cambio significativo en la situación problema que le compete.

La agrupación de las estrategias según su dimensión o categoría de afrontamiento se distribuyó en las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales; en lo que respecta a la dimensión cognitiva, la estrategia de planeamiento obtuvo las

mayores preferencias, lo cual podría interpretarse como la identificación y formulación de los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar para lograr superar la enfermedad (Moran y González, 2009); es decir, el uso de esta estrategia permite vislumbrar el compromiso que asumen las pacientes con la superación de la enfermedad, buscando el lado positivo de tan compleja situación que les toca enfrentar.

Las estrategias agrupadas en la dimensión afectiva, parten de la evaluación de emociones que desarrollan los sujetos ante determinados eventos de su vida, los resultados dan cuenta que la mayoría de las participantes prefieren emplear siempre la religión, el apoyo instrumental y el apoyo emocional, y casi siempre la descarga emocional que se liga al hecho de que las mujeres cordobesas profesan en su mayoría la religión católica, tienen pareja sentimental y en su mayoría están rodeados por hijos, familiares y amigos.

Estos resultados son consecuentes con el nivel de religiosidad que inscribe a Colombia en el puesto 9, entre 57 países que participaron de la Encuesta Gallup International Millennium Survey, al obtener un índice del 83%; y se muestra acorde con los resultados de Hurtado & Finck (2013) quienes identificaron que 94% de las participantes pertenecen a una religión. Por tanto, la mujer cordobesa mantiene firme sus creencias religiosas al momento de enfrentar un cáncer lo que podría explicar la preferencia por dicha estrategia, al igual que los hallazgos de Enríquez (2010); García (2007); Delgado, Melgarejo, y Villanueva (2005)

El apoyo instrumental y emocional comprende una tipología de estrategias que se definen como la búsqueda de información y ayuda de personas expertas en el tema, y la presencia de familiares, amigos y redes de apoyo social respectivamente (Enríquez, 2010). Vivir el cáncer en compañía señala un factor protector para el paciente, como lo reflejan los resultados del estudio cuando se corroboró que las participantes que viven con su pareja, hijos, familiares adoptan el apoyo instrumental y nunca o solo a veces emplean el uso de sustancias como afrontamiento; por tanto, las mujeres con apoyo familiar y social logran identificar con mayor facilidad las prácticas de autocuidado que deben generar después del diagnóstico, porque desde la perspectiva de Scheneider, Pizinato y Calderón. 2015; Rojas y Varela, 2017, en la medida en que las mujeres sean apoyadas, estas adquieren una autopercepción positiva de sí misma facilitando el cuidado.

No obstante, es preciso comprender que si bien las mujeres reciben apoyo de sus familiares y profesionales de la salud, persiste la necesidad de reorientar las políticas públicas que puedan garantizar mejores condiciones de vida y la eliminación de barreras para la atención de salud, porque el apoyo solo puede darse si las redes están consolidadas, tienen acceso a recursos, poseen información pertinente y abren nuevos caminos a la mujer con diagnóstico de cáncer mamario, lo que coincide con los planteamientos expuestos por Ojeda y Martínez (2012); Sánchez, Laza, Estupiñán & Estupiñán (2014).

Para la categoría conductual de afrontamiento, la estrategia adoptada con mayor frecuencia por las pacientes es el afron-

tamiento activo, el cual exige que las participantes se mantengan en constante búsqueda de alternativas o formas de dar solución a la enfermedad, resultado que se relaciona con el hecho de que las participantes empleen en menor medida la auto culpa y la renuncia; es decir, las mujeres buscan alternativas al problema desde sus estrategias conductuales pero en ningún momento se dejan abatir por la situación, lo cual se ajusta a los resultados de Ojeda y Martínez (2012) quienes identificaron como las respuesta conductuales menos utilizadas las conductas autodestructivas y el distanciamiento.

## Conclusión

Las realidades de las participantes presentan un punto álgido de sus determinantes sociales, que no favorecen la adherencia de estilos de vida adecuados que promuevan su supervivencia, cabe anotar que no se trata de afirmar que el estrato socioeconómico, el tipo de afiliación, la escolaridad garanticen la eficacia del tratamiento contra el cáncer porque queda claro que esta enfermedad maneja una serie de factores que actúan desde otras dimensiones, lo que sí es claro es que poseer mejores condiciones sociales promueven la oportunidad para el acceso a los servicios de salud, mejoras en la alimentación, cuidados especiales, y contar con el apoyo de la pareja y familiares, así como tener recursos propios o empleo para el auto sostenimiento promueve la adopción de estrategias de afrontamiento activo.

Pese a la precariedad en las condiciones de vida de las participantes, estas presentan en su mayoría un estilo de afrontamiento activo, que permite disminuir los niveles de estrés y mejorar la percepción de la enfermedad, a través de la búsqueda constante de información, el uso de actitudes emocionales y psicológicas positivas, la motivación, la autoeficacia y el control personal. Dentro de los estilos de afrontamiento activo sobresalió la estrategia activa, mientras que en el afrontamiento pasivo tuvo como tendencia más generalizada emplear la religión. La mayoría de las pacientes encuestadas utilizan estrategias de afrontamiento afectivo que busca aminorar el impacto emocional de la situación estresante, seguida de un afrontamiento cognitivo que trata de buscar un significado al suceso y por último el afrontamiento conductual.

Para la atención integral de las pacientes con cáncer de mama, la tipología de estrategias de afrontamiento abordados constituyen una excelente guía para comprender las implicaciones internas que los sujetos deben sobrellevar en el marco de su enfermedad, así mismo, es necesario resaltar la necesidad de formular políticas públicas que se apoyen en los fundamentos de la psico-oncología permitiendo fortalecer la constitución de estrategias de afrontamiento activas y pertinentes con el fin de mejorar del estado general de salud de las pacientes.

Es importante señalar que este estudio presentó limitaciones en cuanto a la naturaleza del instrumento aplicado, puesto que es necesario abordar con mayor profundidad las

estrategias de afrontamiento desde las percepciones, emociones y significados que las pacientes les otorgan, así mismo, se considera como limitante de estudio el carácter de transversalidad que se empleó para la recolección de los datos,

por tanto es necesario continuar investigando un antes, durante y después del diagnóstico para consolidar una perspectiva integral del problema en esta región del Caribe colombiano.

## Referencias

- Andrés-Villas, M., Torrico, E., & Remesal, R. (2012). Coping in men operated for larynx cancer. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(3), 753-762. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156051>
- Brown, G., y Nicassio, P. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), pp. 53-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3696743>
- Cardenal, M. C., Cruzado, J. A., González, Á., Rodríguez, Á., González, M. J., y Valentín, V. (2013). Impacto psicológico de la mamografía de cribado en mujeres con resultados no concluyentes. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56 (8), pp. 393-399
- Cardenal, M. C., y Cruzado, J. A. (2014). Estrategias de afrontamiento y malestar emocional en mujeres con resultados dudosos de su mamografía de cribado. *Psicooncología*, 11, (2-3), pp. 285-299
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390. doi:10.1037/0022-3514.65.2.375
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE-. 2018. Pobreza Monetaria Córdoba Año 2017. Boletín técnico. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobrez/2017/Cordoba\\_Pobreza\\_2017.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobrez/2017/Cordoba_Pobreza_2017.pdf)
- De la Fuente, J., Martínez-Vicente, J., Salmerón, J., Vera, M., & Cardelle-Elawar, M. (2016). Action-Emotion Style, Learning Approach and Coping Strategies, in Undergraduate University Students. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 32(2), 457-465. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.197991>
- De Haro Rodríguez, M. A., Gallardo Vidal, L. S., Martínez Martínez, M. L., Camacho Calderón, N., Velásquez Tlapanco, J. y Paredes Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11 (1), 87-99. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44919/42835>
- Delgado, M., Melgarejo, M., y Villanueva, G. (2012). Relación entre la estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres con cáncer de mama y algunas características socio demográficas. *Rev enferm Herediana*, 5(2) pp. 89-96. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf>
- Enríquez, M. (2010). Estrategias de afrontamiento Psicológico en cáncer de seno. *Revista Universidad y Salud*, 12 (1), pp. 7-19. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124710720100001000002&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124710720100001000002&script=sci_abstract&tlng=es)
- Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), pp. 27-42.
- Forjaz Joao, M. y Garrido Landívar, E. (2006). Repercusión del cáncer de mama en la paciente: enfoque de la psico-oncología. *Psicología y pedagogía*, 13 (12), pp. 135-140. Disponible en: [http://academic.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/9463/HISJ\\_Ps\\_13\\_2006\\_Repercusi%C3%B3n.pdf?sequence=1](http://academic.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/9463/HISJ_Ps_13_2006_Repercusi%C3%B3n.pdf?sequence=1)
- García Viniégras, C., y González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 72-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79902508>
- Henoa Castaño, A., Osorio Murillo, O., & Parra González, L. (2017). Afrontamiento y adaptación de mujeres con cáncer de mama. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1150>
- Hurtado, M. y Finck, C. (2013). Más allá del comportamiento religioso: escala de las creencias post-críticas en mujeres con cáncer de seno en Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), pp. 45-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865212.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2017). *Análisis de la situación del cáncer en Colombia 2015* (1º Ed.). Bogotá DC: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/Situacion\\_del\\_Cancer\\_en\\_Colombia\\_2015.pdf](http://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf)
- Lara, S. y Kirchner, T. (2012). Estrés y afrontamiento en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Estudio comparativo con población comunitaria. *Anales de psicología*, 28 (2), pp. 358-365. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148811/132641>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Leyva-Pescador, Y., Solano-Arellano, G., Labrador-Ortega, L., Gallegos-Alvarado, M. & Ochoa-Estrada, M. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), 96-104. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.44>
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Cassarreto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en psicología*, 31 (122), pp. 75-90. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v31n122/2215-3535-ap-31-122-00075.pdf>
- Montiel Castillo, V., Álvarez Reyes, O. & Guerra Morales, V. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *MediCentro Electrónica*, 20(2), 112-117. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432016000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000200004&lng=es&tlng=es)
- Moos, R. H., y Schaefer, J. A. (1993). Recursos y procesos de afrontamiento: conceptos y medidas actuales. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Manual del estrés: Aspectos teóricos y clínicos* (pp. 234-257). Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1993-97397-012>
- Morán, C., Landero, R. Y. y González, M. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Univ. Psychol.* 9, (2), pp. 543-552. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&nrm=iso)
- Moreno Martín, M., Gutiérrez Iglesias, D. y Zayas García, R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investigada*, 2(1), pp. 1-6. Disponible en:
- Ojeda-Soto, S, & Martínez-Julca, C. (2015). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana*. 5. 89. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf>
- Osowiecki, D., y Compas, B. E. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognit Ther Res* 23(2), pp. 169- 80. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018779228432>
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona, España: Ariel.
- Pieterse, K., Van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C., Rijnsburger, A., y De Koning, H. (2007) Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psychooncology*; pp

- 851-870. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17219399>
- Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O., Ocampo, R. y Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública Mex*, 53 (1), pp. 478-485. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v53n6/a03v53n6.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v53n6/a03v53n6.pdf)
- Reich, M. y Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8 (2-3), pp. 453-471. Disponible en: [https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones\\_files/calidad.pdf](https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones_files/calidad.pdf)
- Pastells Pujol, S., y Font Guiteras, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), pp.19-29. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44914/42830>
- Rojas Guerrero, N. J. y Varela Villaquirán, L. I. (2017). *Factores psicosociales y afrontamiento en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Disponible en: [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8374/Factores\\_psicosociales\\_afrontamiento\\_mujeres.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8374/Factores_psicosociales_afrontamiento_mujeres.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sánchez V., Laza, V. C., Estupiñán, G. C., y Estupiñán, G. L. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305-313. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a05.pdf>
- Schneider Hermel, J., Pizzinato, A., & Calderón Uribe, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 439-467. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472015000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200008&lng=es&tlng=es)
- Schou, L., Ekeberg, O. y Ruland, C. M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 14 (9), pp. 718-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15669084>
- Yang, H. C., Brothers, B. M., y Andersen, BL. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Ann Behav Med.*, 35(2), pp.188-97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486834/>