



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA
Y CÉRVICO-UTERINO (Patrón de Conducta Tipo C,
Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) EN
MUJERES DE PACHUCA, HIDALGO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

LABRA ALVARADO LUCERO ITZEL

SANDOVAL GONZÁLEZ ALEJANDRA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA



Pachuca de Soto, Hidalgo, 2014.

Índice

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo 1. Cáncer	11
Estadísticas	11
Mundial.....	11
Nacional.....	11
Estatal.....	12
Definición	12
Tipos de cáncer	12
Sintomatología	14
Causas	15
Físicas.....	15
Psicológicas.....	16
Sociales.....	19
Consecuencias	19
Físicas.....	19
Psicológicas.....	21
Sociales.....	25
Aspectos psicológicos	26
Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer de mama.....	26
Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer cérvico-uterino.....	31
Exámenes diagnósticos del cáncer de mama y cérvico-uterino	32
Autoexploración mamaria.....	32
Mamografía o mastografía.....	39
Papanicolaou.....	42
Factores de riesgo	45
Factores de riesgo de cáncer de mama.....	45
Factores de riesgo de cáncer cérvico-uterino.....	50
Tratamiento	54

Prevención	56
Prevención de cáncer de mama	56
Prevención de cáncer cérvico-uterino.....	58
Capítulo 2. Personalidad	62
Definición	62
Teorías de la personalidad	62
Tipos de personalidad	63
Personalidad tipo A	63
Personalidad tipo B	64
Personalidad Tipo C.....	65
Relación del patrón de conducta tipo C con cáncer	70
Instrumentos	76
Capítulo 3. Afrontamiento del estrés	80
Definición	80
Teorías	81
Síntomas y criterios	85
El estrés como factor de riesgo del cáncer de mama	86
El estrés como factor de riesgo del cáncer cérvico-uterino	86
Instrumentos	88
Capítulo 4. Barreras socioculturales	90
Definición	90
Teorías	90
Instrumentos	97
Planteamiento del problema	99
Justificación	99
Pregunta de investigación	100
Capítulo 5. Método	101
Objetivo general	101
Objetivos específicos	101
Hipótesis	101
Hipótesis estadísticas	101
Definición de variables	102
Participantes	103

Criterios de inclusión.....	103
Criterios de exclusión.....	104
Criterios de eliminación	104
Muestra.....	104
Tipo de estudio.....	104
Tipo de diseño.....	104
Instrumentos y materiales	105
Patrón de Conducta Tipo C.....	105
Afrontamiento del estrés	105
Barreras socioculturales	105
Procedimiento	106
Capítulo 6. Resultados.....	107
Datos sociodemográficos	107
Historia gineco-obstétrica.....	112
Sintomatología de riesgo para el cáncer cérvico-uterino.	116
Resultados de los instrumentos	127
Relaciones entre variables.....	132
Discusión.....	137
Conclusiones.....	141
Limitaciones y sugerencias.....	144
Referencias	146
Anexos	171
Anexo 1. Cuestionario PCTC	171
Anexo 2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés.	174
Anexo 3. Escala Cultural Para la Detección de Cáncer.	176
Anexo 4. Formato de datos sociodemográficos.....	179
Anexo 5. Carta de consentimiento informado.....	189

Índice de figuras

Figura 1. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	33
Figura 2. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	34
Figura 3. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	34
Figura 4. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	35
Figura 5. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	35
Figura 6. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	36
Figura 7. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	36
Figura 8. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	37
Figura 9. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.....	38
Figura 10. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos (González & Landero, 2008).	82
<i>Figura 11. Factores relacionados con la realización de la conducta saludable (Betancourt & Flynn, 2010).....</i>	96
<i>Figura 12 Distribución de la muestra por Centros de Salud.</i>	104
Figura 13. Distribución por estado civil de la muestra.	108
<i>Figura 14. Distribución de la muestra de acuerdo al ingreso mensual.</i>	109
<i>Figura 15. Distribución de la muestra de acuerdo a la ocupación.</i>	109
<i>Figura 16. Distribución de la muestra de acuerdo a la religión.</i>	110
<i>Figura 17. Distribución de la muestra de acuerdo al programa de salud al que son derechohabientes.</i>	110
<i>Figura 18. Distribución de la muestra de acuerdo al medio de transporte que usan.</i>	111
<i>Figura 19. Pregunta: Realizar las acciones convenientes para estar sana es responsabilidad de... ..</i>	112
<i>Figura 20. Edad de primera regla.....</i>	112
Figura 21. Número de hijos.	113
Figura 22. Edad del primer embarazo.	113
<i>Figura 23. Tiempo en que amamantó a sus hijos.....</i>	114
<i>Figura 24. Métodos de planificación familiar.</i>	114
<i>Figura 25. Tiempo utilizando el método anticonceptivo.....</i>	115
<i>Figura 26. Cantidad de cigarros por día.</i>	115
<i>Figura 27. ¿Para qué se hace la exploración de mamas?</i>	117
Figura 28. Medios de información para saber de la exploración de mamas.	118
Figura 29. Número de veces que se han realizado la exploración de mamas. ...	118
Figura 30. Edad de primera exploración de mamas.....	119
<i>Figura 31. ¿Para qué se hace el Papanicolaou?.....</i>	119
Figura 32. Medios de información para enterarse del Papanicolaou.....	120
Figura 33. Edad del primer Papanicolaou.	120
Figura 34. Número de veces que se ha realizado el Papanicolaou.....	121
Figura 35. Meses desde el último Papanicolaou.	121
Figura 36. Lugar donde se realizó el último Papanicolaou.	122

<i>Figura 37. Número de veces que se ha realizado la Mastografía.</i>	122
<i>Figura 38. Meses desde la última mastografía.</i>	123
<i>Figura 39. Lugar donde se realizó la última mastografía.</i>	123
<i>Figura 40. Pregunta: Es preferible que las revisiones ginecológicas las realice...</i>	124
<i>Figura 41. Familiares con Cáncer de Mama.</i>	124
<i>Figura 42. Familiares con Cáncer Cérvico-uterino.</i>	125
<i>Figura 43. Factores del CAE (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés).</i>	128
<i>Figura 44. Factores de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer.</i>	131

Índice de tablas

Tabla 1.	102
Tabla 2.	108
Tabla 3.	116
Tabla 4.	117
Tabla 5.	126
Tabla 6.	127
Tabla 7.	130
Tabla 8.	131
Tabla 9.	133
Tabla 10.	134
Tabla 11.	135
Tabla 12.	135
Tabla 13.	136
Tabla 14.	136

Resumen

El cáncer cérvico-uterino y mamario cobra gran relevancia en el mundo y particularmente en México, ya que estos tipos de cáncer corresponden a los principales problemas de salud pública en mujeres. Diversos factores de riesgo bio-psico-sociales interactúan con la problemática, por lo que este estudio tiene el objetivo de relacionar tres factores asociados al cáncer de mama y cérvico-uterino (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) en mujeres de Pachuca, Hidalgo. Es un estudio de tipo correlacional, mediante un muestreo no probabilístico se seleccionó a N=124 mujeres de 20 a 59 años de edad, que asisten a consulta en distintos Centros de Salud de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Se aplicó una batería de instrumentos que incluyó: *Cuestionario del Patrón de Conducta Tipo C*, *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés* y la *Escala Cultural para la Detección de Cáncer*. Con la identificación de factores psicosociales relacionados con el cáncer cérvico-uterino y de mama se espera que puedan desarrollarse líneas de intervención para la prevención de la problemática. De acuerdo a los resultados, más del 50% de las participantes presentan el Patrón de Conducta Tipo C, la forma de afrontamiento de estrés más empleada es la solución de problemas y las principales barreras socioculturales son las referentes a las expectativas catastróficas acerca de la enfermedad y los impedimentos sintomáticos. Además se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre algunos factores del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés y la Escala Cultural para la Detección de Cáncer; y sólo una entre el Patrón de Conducta Tipo C y el factor del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés referente a la expresión emocional.

Palabras clave: Factores de riesgo, Cáncer cérvico-uterino, Cáncer de mama, Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del estrés, Barreras socioculturales.

Abstract

Cervical and breast cancer becomes very relevant in the world and particularly in Mexico, since these cancers are the major public health problems in women. Several factors of bio-psycho-social risk interact with the problem, so this study aims to relate three factors associated with breast and cervical cancer (Type C Behavior Pattern, Coping Stress and Sociocultural Barriers) in women from Pachuca, Hidalgo. It is a correlational study, through a non-probability sampling, 124 woman were selected, aged 20 to 59 years old, attending consultations at different health centers in the city of Pachuca, Hidalgo. A battery of instruments including applied: The questionnaire for the Type C Behavior Pattern, the Coping Stress Questionnaire and Cultural Cancer Screening Scale. With the identification of risk factors for cervical cancer and breast cancer is expected can be develop a line of intervention for the prevention of these problems. According to the results, more than 50% of participants have a type C behavior pattern, the most used form of coping stress is troubleshooting and major sociocultural barriers are the catastrophic expectations about the disease and symptomatic impairments. Also encountered statistically significant associations between some factors from Coping Stress Questionnaire and CCSS; and only one of the TCBP and the factor of Coping Stress Questionnaire concerning emotional expression.

Keywords: Risk Factors, Cervical cancer, Breast Cancer, Type C Behavior Pattern, Coping Strategies, Sociocultural Barriers.

Introducción

Las enfermedades crónicas provocan el 60% de las muertes en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo con 7.6 millones de defunciones en 2008 y se prevé que en el 2030 esta cifra aumente alcanzando 13.1 millones de muertes por cáncer al año. En México el cáncer es la tercera causa de muerte sumando más de 128 000 defunciones al año (Secretaría de Salud [SSa], 2013). En las mujeres, el cáncer cérvico-uterino provoca la muerte prematura de aproximadamente 274 000 mujeres cada año en todo el mundo (SSa, 2012), mientras que el cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más común, presentado en 2008 la cantidad de 1.38 millones de casos nuevos diagnosticados (Breastcancer, 2013).

Actualmente se cuentan con diversas investigaciones sobre los factores que pueden desencadenar el cáncer, abordándolo sólo desde el aspecto médico, mientras que investigaciones que abarquen factores biológicos, sociales y psicológicos son muy escasas (Hernández, 2011).

Sin embargo, ya se acepta que en el riesgo de contraer cáncer, en la progresión de la enfermedad y en las respuestas inmunológicas influyen indudablemente variables psicosociales y se están generando además, una serie de cambios en la atención a la autonomía y a los aspectos personales y sociales de los pacientes, ésto en parte porque cada día se considera más el papel que juegan los factores psicosociales en la génesis y desarrollo del cáncer (Nieto-Munuera, Abad, Esteban & Tejerina, 2004).

Además, algunos estudios epidemiológicos han revelado que los cánceres están asociados a factores sociales, ambientales y psicológicos. Se ha considerado que estos factores, producto de la historia individual y familiar de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención y mantenimiento de un nivel óptimo de salud (Guerrero, 2001).

Así, el objetivo de la presente investigación fue indagar en algunos factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales), considerando a la enfermedad como un problema de salud con causas biopsicosociales, en una muestra de mujeres de entre 20 y 59 años de edad de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

La presente investigación se divide en cuatro capítulos, en el primero se muestra una visión amplia de la enfermedad, lo cual ayuda al lector a poder comprender mejor el desarrollo y la finalidad de este estudio. En el segundo capítulo se proporciona un amplio panorama sobre la personalidad, profundizando en la Personalidad Tipo C debido a su relación significativa con cáncer. El tercer capítulo muestra el afrontamiento del estrés y la influencia de éste en el desarrollo del cáncer. El cuarto proporciona amplia información sobre barreras socioculturales que influyen en la realización de las conductas de salud, sobre todo en relación con el cáncer. Por último se presenta la metodología utilizada para este estudio, el análisis de los resultados, así como la discusión y conclusiones generales del mismo.

Capítulo 1. Cáncer

En este capítulo se mencionan las estadísticas de mortalidad e incidencia del cáncer, se define dicha enfermedad, además de que se describen los principales síntomas, tipos de cáncer, las causas, consecuencias y tratamientos del cáncer.

Estadísticas

Mundial

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y registraron 7.6 millones de defunciones (13% del total) en 2008. Se prevé que en el 2030 esta cifra aumente alcanzando 13.1 millones de muertes por cáncer al año. Mientras que en la población femenina se reporta al cáncer de mama como el segundo tipo de cáncer más común, presentado en 2008 la cantidad de 1.38 millones de casos nuevos diagnosticados (Breastcancer, 2013).

Por otro lado, el cáncer cérvico-uterino provoca la muerte prematura de aproximadamente 274 000 mujeres cada año en todo el mundo (SSa, 2012) y se detectan más de 500 000 casos nuevos cada año (Torres, Bustamante, Torres, Oliva, Morales & Román, 2013).

Nacional

En México el cáncer es la tercera causa de muerte sumando más de 128 000 defunciones al año y según datos del INEGI en 2009 la tasa de mortalidad por cáncer fue de 65 por cada 100 mil habitantes (SSa, 2013). En 2010 se reportaron 5 062 muertes por cáncer de mama y 3 959 por cáncer cérvico-uterino (Torres-Mejía, Ortega-Olvera, Ángeles-Llerenas, Allen-Leigh, Rojas, Villalobos-Hernández, et al., 2012).

Estatal

Mientras que en Hidalgo el INEGI (2013), registró en el 2011 la cantidad de 1 500 defunciones por tumores malignos, colocando al cáncer en la tercera causa de muerte después de las enfermedades del corazón y Diabetes Mellitus. En la población femenina la misma fuente informa que en 2011 se registraron 766 muertes, de las cuales, la mayoría presentó cáncer de mama (101 casos).

Definición

El “cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica del 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, la cual es considerada la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2013).

Tipos de cáncer

Dentro de los tipos de cáncer más comunes se encuentran los siguientes (National Cancer Institute [NCI], 2013):

Cáncer del cuello uterino: Éste se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina); por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou. La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH).

Cáncer de colon: Se presenta en los tejidos del colon; la mayoría de los cánceres de colon son adenocarcinomas (cánceres que empiezan en las células que producen y liberan el moco y otros líquidos).

Cáncer de estómago: Se forma en los tejidos que revisten en el estómago. También se le conoce como cáncer gástrico.

Cáncer de hígado: El cáncer primario de hígado es el que se forma en los tejidos del hígado. El cáncer secundario del hígado es el que se disemina a este órgano desde otra parte del cuerpo.

Leucemia: Cáncer que empieza en el tejido que elabora la sangre, como la médula ósea, y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos y que entren en el torrente sanguíneo.

Melanoma: Cáncer que empieza en los melanocitos (células que elaboran el pigmento melanina). Puede empezar como un lunar (melanoma cutáneo), pero también puede comenzar en otros tejidos pigmentados como en el ojo o en los intestinos.

Cáncer de páncreas: Enfermedad en la cual se encuentran células malignas en los tejidos del páncreas, también se llama cáncer exócrino.

Cáncer de próstata: Se forma en los tejidos de la próstata y por lo general se presenta en hombres de edad avanzada.

Cáncer de pulmón: Se forma en los tejidos del pulmón y por lo general en las células que recubren las vías respiratorias. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Cáncer de riñón: Se forma en los tejidos de los riñones y comprende el carcinoma de células renales (cáncer que se forma en el recubrimiento de tubos muy pequeños del riñón que filtran la sangre y eliminan los productos de desperdicio) y el carcinoma de la pelvis renal (cáncer que se forma en el centro del riñón, donde se acumula la orina). También comprende el tumor de Wilms, que es

un tipo de cáncer de riñón que suele desarrollarse en niños menores de cinco años de edad.

Cáncer de tiroides: Se forma en la glándula tiroidea, que se ubica en la base de la garganta y produce hormonas que ayudan a controlar la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura del cuerpo y el peso. Los cuatro tipos más importantes son el papilar, el folicular, el medular y el anaplásico. Éstos se determinan de acuerdo con el aspecto de las células bajo un microscopio.

Cáncer de vejiga: Se forma en los tejidos de la vejiga, la mayoría de los cánceres son carcinomas de células de transición (cáncer que empieza en células que normalmente forman el recubrimiento interno de la vejiga). Otros tipos incluyen el carcinoma de células escamosas (cáncer que empieza en células delgadas y planas) y el adenocarcinoma (cáncer que empieza en las células que elaboran y liberan moco y otros líquidos). Las células que forman el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma se desarrollan en el recubrimiento interno de la vejiga como resultado de irritación crónica e inflamación.

Cáncer de mama: Cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen leche). Se puede presentar tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es raro.

Sintomatología

Según la American Cancer Society (ACS, 2012) a medida que el cáncer crece, comienza a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios. Si el cáncer se encuentra en un área crítica, como en ciertas partes del cerebro, aun el tumor más pequeño puede causar síntomas de la enfermedad; por el contrario puede surgir en lugares donde no causará ningún signo o síntoma hasta que el tumor ha crecido en gran tamaño. También puede causar síntomas como fiebre, cansancio extremo o pérdida de peso; ésto debido a que las células cancerosas utilizan mucho del suministro de energía del cuerpo o a que secreten

sustancias que afectan la manera en que el organismo produce la energía que obtiene de los alimentos o que el cáncer puede ocasionar que el sistema inmunológico reaccione de manera que cause estos signos y síntomas.

Causas

Físicas

No se ha determinado aún la etiología del cáncer; sin embargo, se han identificado ciertos factores desencadenantes del padecimiento (Lopetegui, 2007):

Factores genéticos: Existen factores propios del huésped que influyen en la formación del cáncer. Para algunos tipos de neoplasias se sabe que existe un patrón hereditario bien definido. Se conoce también que sólo una pequeña proporción de neoplasias se heredan por la transmisión de un sólo gen y cuando la enfermedad no es heredada como tal, es decir, cuando no se manifiesta, los genes heredados se identifican como preneoplásicos o precancerosa.

Factores ambientales: En el ambiente existen agentes carcinógenos, que son capaces de provocar la enfermedad, por lo cual es importante la evaluación del entorno donde se vive y se trabaja para poder determinar los posibles factores de riesgo.

Factores físicos: Las radiaciones de cualquier tipo como las ionizantes y las ultravioletas están asociadas al desarrollo de las neoplasias porque alteran la estructura de las células.

Causas químicas: Hoy en día se conocen alrededor de 14 000 químicos que pueden ser considerados como carcinógenos. Por ejemplo: el tabaco, el alcohol, el asbesto, algunos alimentos, entre otros.

Virus: Se conoce que algunos tipos de virus pueden asociar neoplasias en casi todos los mamíferos, en los peces y ranas. Los virus RNA (virus que usa ácido ribonucleico como material genético o bien, que en su proceso de replicación

necesita el ARN) producen leucemia y sarcomas, estos virus contienen una enzima que es necesaria para transformar las células normales en malignas.

Dentro de los virus más comunes que pueden provocar el cáncer se encuentran: El VPH, Virus de hepatitis B y hepatitis C, Virus de la leucemia de células T humanas tipo 1 (HTLV-1), Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Virus de Epstein-Barr (VEB), Herpes virus humano 8 (HHV8) y Helicobacter pylori (NCI, 2013).

Hormonas: Se cree posible que el desequilibrio hormonal es responsable de ciertos tipos de cáncer entre los cuales se encuentran los tumores uterinos, los mamarios y los prostáticos. Las hormonas son capaces de desencadenar cáncer de manera directa, no obstante también pueden potenciar la acción de otros agentes carcinógenos.

Psicológicas

Se sospecha que los factores psicológicos son muy importantes en el desarrollo del cáncer, sólo recientemente se ha encontrado evidencia empírica al respecto. Mucha de esta evidencia da cuenta de algunas formas en las que los factores psicológicos pueden influenciar el desarrollo y pronóstico del cáncer.

Lawrence LeShan (2009) demuestra estadísticamente que la soledad brutal, el shock emocional violento (muerte de un cónyuge, partida de los hijos) o un estado anímico de desesperanza puede intervenir en la predisposición del cáncer, pues se observa que la tasa de mortalidad por cáncer es más elevada entre las viudas y va decreciendo en casos de mujeres divorciadas, casadas o solteras.

Otro estudio se realizó con dos mil mujeres de Minnessota, cuyos casos se siguieron durante diecisiete años posteriores a un test de personalidad, y que incluía que las personas calificadas como “depresivas” al principio tenían el doble de probabilidades de contraer cáncer que las otras (Orjuela, Pimás, Culebras & Davidoch, 2005).

Científicamente se ha demostrado que un efecto inmediato del estrés, como la ansiedad y la depresión, consiste en la reducción del sistema inmunitario, es decir, las defensas bajan tremendamente y por ello una persona es más propensa a padecer cualquier enfermedad (Orjuela, Pimás, Culebras & Davidoch, 2005).

En un tratado sobre estrés los investigadores postulan que el estrés produce sus efectos sobre diferentes respuestas psíquicas y somáticas, a su vez hemos observado los efectos de situaciones estresantes sobre el sistema nervioso central y las respuestas somáticas, en particular la respuesta inmune, encargada de la defensa. Se piensa que una de las razones de la variación en la duración de la respuesta depende de la capacidad del individuo para enfrentar un evento, más que a la duración o severidad del estresor (Lazarus, 2000).

Los estudios de los efectos del estrés sobre el cáncer empezaron a cobrar fuerza a raíz de las investigaciones de Leshan y Worthington en 1956 (en Juan, 2003) sobre la influencia de las pérdidas psicosociales sobre el cáncer. En un estudio realizado con una muestra de 450 enfermos de cáncer encontró en un 72% de ellos una historia emocional muy parecida:

- a) Sensación de soledad y aislamiento durante la niñez y adolescencia junto a dificultades de relaciones emocionales intensas.
- b) Desarrollo posterior de una relación emocional muy significativa que proporciona sensación de aceptación y plenitud.
- c) Pérdida por muerte o separación de esta relación, que sigue de profundos sentimientos de desesperación y pérdida de sentido vital.

Los primeros síntomas de cáncer aparecen entre seis y ocho meses después de la pérdida. A la misma conclusión llegan otros autores después de estudiar un gran número de pacientes enfermos con linfomas y leucemias; es decir, una pérdida importante altamente valorada por el paciente, ocurre con frecuencia antes de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad cancerígena (Orjuela, Pimás, Culebras & Davidoch, 2005).

Un estudio en la Universidad de Rochester descubrió que el cáncer y otras enfermedades, aparecían después de que las personas hubieran experimentado un alto grado de estrés y se hubieran derrumbado o claudicado en el mismo. Eligieron una muestra de N=51 mujeres que presentaban células “sospechosas” en la prueba de Papanicolaou y estaba pendientes de más exámenes médicos. Los investigadores pretendían en base a estudios psicológicos predecir a cuales de las pacientes se acabaría diagnosticando cáncer y a cuáles no. La hipótesis era que aquellas pacientes que habían experimentado un grave acontecimiento en su vida de forma desesperanzada tendrían más riesgo de desarrollar la enfermedad. Basándose en los resultados obtenidos, dedujeron que de las N=51 mujeres, n=18 desarrollarían cáncer y n=33 no. De las n=18, n=11 lo desarrollaron y de las n=33, n=25 quedaron libres de la enfermedad (Orjuela, Pimás, Culebras & Davidoch, 2005).

También se ha relacionado la adopción del cáncer con la depresión, así lo comprueban diversos estudios como el realizado en el Instituto Nacional de Envejecimiento (1985 en *The American Journal of the Medical Association*, 2005), donde se analizaron a 4 800 personas desde 1982 y se comprobó que aquellos que habían tenido más de tres episodios de depresión elevaban en un 88% su riesgo de padecer cáncer. Se cree que la depresión mantenida en el tiempo acaba provocando trastornos serios en el sistema inmune, y que son estos trastornos los que favorecen que el organismo sea incapaz de controlar el cáncer cuando éste aparece. Otro estudio revela que las mujeres con depresión aguda son más susceptibles de contraer cáncer, los investigadores creen que los cambios hormonales que suceden en algunos tipos de cáncer pueden ser provocados por la depresión. Dicho estudio también arroja que se conocen pocos factores del riesgo del cáncer de mama, uno de ellos es no tener hijos y el otro sería la depresión ya que parece aumentar el riesgo en la misma proporción que el primero; esta conclusión es un nuevo ejemplo de que la depresión es una enfermedad real con consecuencias fisiológicas.

Sociales

El cáncer puede aquejar a personas de cualquier edad, raza, género o nivel socioeconómico; sin embargo, la frecuencia, las tasas de mortalidad y los índices de supervivencia varían de grupo en grupo. Investigaciones realizadas en EE.UU. muestran que las minorías étnicas y las poblaciones con baja cobertura de salud son las más afectadas (PsicoOncología, 2014).

En un estudio del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. (NIH, 2000), destinado a analizar la relación entre el cáncer y los grupos sociales en desventaja, se concluyó que estos grupos sociales tenían diferencias importantes con respecto al resto de la sociedad en la evolución de los pacientes con cáncer. Un número importante de factores ha estado implicado en los resultados relativamente pobres en personas con cáncer en las poblaciones de nivel socioeconómico bajo. Las disparidades en la incidencia del cáncer, de acuerdo a estas posiciones, pueden ser explicadas por los niveles de exposición a los carcinógenos del medio ambiente, por los distintos hábitos personales de salud (fumar cigarrillos, consumir dietas inadecuadas, falta de educación en cuanto a los riesgos en la salud) y por otros factores socioculturales. Algunas conductas negativas en salud son más prevalentes entre la gente con nivel socioeconómico más bajo, y el medio social puede poner barreras a la información y a los cambios en las conductas.

Consecuencias

Físicas

Los tratamientos del cáncer pueden acusar efectos secundarios de larga duración, llamados tardíos. Un efecto tardío es un efecto secundario que sucede meses o años después del tratamiento. Muchas personas que han recibido tratamiento del cáncer presentan riesgos de desarrollar efectos tardíos. El tratamiento de los efectos tardíos es una parte importante de los cuidados después del tratamiento del

cáncer, a menudo llamados cuidados para supervivientes. Según la American Society of Clinical Oncology (2014), algunos de los efectos tardíos más frecuentes son:

- a) Problemas de la cirugía: los supervivientes de cáncer de hueso y tejido blando pueden presentar efectos físicos por la pérdida de una extremidad o parte de ella, como dolor en miembro fantasma (sensación de dolor en la extremidad que se extirpó); los supervivientes sometidos a cirugía de extirpación de los ganglios linfáticos (o radioterapia en los ganglios linfáticos) pueden desarrollar linfedema, la acumulación anormal de líquido (líquido linfático) que causa hinchazón y dolor. Los hombres a quienes se les extirparon los ganglios linfáticos cercanos al riñón, la vejiga, los testículos y el recto pueden tener riesgo de infertilidad.
- b) Problemas cardíacos: en la mayoría de los casos, estos problemas son causados por la radioterapia en el pecho y/o la quimioterapia, especialmente si se utilizaron medicamentos como doxorubicina (Adriamycin) y ciclofosfamida (Cytosan, Neosar). Las personas de 65 años de edad o más y los que recibieron dosis más altas de quimioterapia tienen un mayor riesgo de presentar problemas cardíacos que pueden incluir inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad cardíaca.
- c) Problemas pulmonares: la quimioterapia y la radioterapia en el pecho pueden dañar los pulmones. Los supervivientes de cáncer que recibieron quimioterapia y radioterapia pueden tener un riesgo mayor de daño pulmonar.
- d) Problemas hormonales: en el caso de las mujeres, la quimioterapia y la radioterapia pueden dañar los ovarios, lo que provoca sofocos, problemas sexuales, osteoporosis y menopausia precoz. Los hombres y las mujeres que reciben radioterapia en la cabeza y el cuello pueden tener niveles más bajos de hormonas o cambios en la glándula tiroides; además, hombres y mujeres están en riesgo de sufrir infertilidad a causa del tratamiento del cáncer.
- e) Problemas en los huesos, las articulaciones y el tejido blando: los supervivientes que recibieron quimioterapia, esteroides o terapia hormonal y

que no realicen actividad física pueden desarrollar osteoporosis o dolor en las articulaciones.

- f) Problemas en el cerebro, la médula espinal y los nervios: la quimioterapia y la radioterapia pueden causar efectos secundarios a largo plazo, entre estos se pueden incluir pérdida de la audición a causa de las dosis altas de quimioterapia, especialmente, con medicamentos como la cisplatina (Platinol); riesgo de accidente cerebrovascular, para quienes han recibido dosis altas de radioterapia en la cabeza; efectos secundarios del sistema nervioso como neuropatía periférica.
- g) Problemas de aprendizaje, memoria y atención: la quimioterapia y las altas dosis de radioterapia en la cabeza pueden causar estos problemas en adultos y niños.
- h) Problemas dentales y de visión: los supervivientes de cáncer pueden tener los siguientes problemas dentales y de visión de acuerdo con los tratamientos que recibieron: la radioterapia de dosis altas en el área del cuello y la cabeza puede cambiar el desarrollo dental, causar enfermedad gingival y disminuir la producción de saliva, lo que provoca sequedad en la boca; los esteroides pueden aumentar el riesgo de problemas en los ojos, como cataratas.
- i) Fatiga: es el efecto secundario más común del tratamiento del cáncer y, a menudo, continúa después del tratamiento. La fatiga puede ser consecuencia de los efectos del tratamiento o puede no tener una causa conocida.

Psicológicas

La calidad de vida de una persona que ha padecido cáncer puede verse afectada de diversas maneras. Algunas personas describen cambios positivos en sus vidas después de concluir los tratamientos; para ellos el cáncer ha supuesto un acercamiento a seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, sin embargo, el cáncer ha provocado cambios físicos,

emocionales y sociales que alteran su rutina diaria (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007).

Tras el diagnóstico, una de las reacciones emocionales más frecuentes es la negación y les lleva un tiempo diferente para cada persona asimilarlo, siendo la falta de información y el miedo a la muerte factores contribuyentes a dicha reacción. Algunas personas se avergüenzan de padecer cáncer, consideran que es algo “malo” o “sucio” y que les hace ser y sentirse diferente a las demás, tienden a evitar hablar de su enfermedad y esto aumenta su sensación de soledad. Otros creen erróneamente que la aparición de la enfermedad es debida a su comportamiento, o a situaciones de estrés a las que se han visto expuestos en su vida, esto genera sentimientos de culpabilidad (Giraldo-Mora, 2009).

La tristeza caracteriza también al enfermo con cáncer, llorar frecuentemente y una cierta sensación de confusión mental pueden acompañarla. En ocasiones hay la sensación de no sentir nada, como un estado de anestesia emocional que pasará a medida que transcurra el tiempo. Tras la fase del tratamiento el enfermo sufre grandes cambios en su vida, quizá se vea obligado a interrumpir su actividad profesional o sus actividades domésticas, en algunos casos los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia y las visitas frecuentes al hospital alteran las relaciones con la familia y amigos (Oswaldg, 2004).

La persona que recibe tratamiento se puede sentir enfadada y esto puede dirigirse contra el personal sanitario, su familia, amigos o incluso Dios; sin embargo, la causa real de su enojo suele ser el hecho de estar enfermo y de tener que soportar tratamientos altamente agresivos, así como la impotencia ante la situación (Die, 2006).

Luego del tratamiento, muchos sobrevivientes se sorprenden al darse cuenta de que continúan experimentando cambios en sus emociones o su estado de ánimo. Para algunas personas, completar el tratamiento activo produce mucha angustia emocional. Muchos sobrevivientes describen el momento posterior al tratamiento como uno de los períodos más emotivos e inusuales de su vida. Puede experimentar reacciones similares a medida que se adapta a la vida luego del tratamiento del

cáncer. Si comprende cuáles son algunas de estas emociones, podrá controlarlas y sentirse seguro acerca de su supervivencia (The Baja Cancer Advocacy Project, 2014).

El MD Anderson Cancer Center Madrid (2014), señala que las consecuencias psicológicas más frecuentes que deben afrontar los supervivientes del cáncer son las siguientes:

- a) Temor a la recidiva: muchos supervivientes viven con miedo a que el cáncer reaparezca en algún momento. En algunos casos, un acontecimiento importante, como el aniversario del diagnóstico o el final del tratamiento con el oncólogo, puede desencadenar estos sentimientos.
- b) Duelo: el duelo es el resultado natural de una pérdida. En el cáncer las pérdidas se refieren a la salud, el deseo sexual, la fertilidad y la independencia física. Para superar su duelo, es importante que experimente todos estos sentimientos.
- c) Depresión: se calcula que el 70% de los supervivientes con cáncer presentan depresión en algún momento. La depresión puede ser difícil de diagnosticar en los supervivientes de cáncer, ya que los síntomas son muy similares a los efectos secundarios del tratamiento oncológico, como pérdida de peso, cansancio, insomnio e incapacidad para concentrarse. En un estudio de seguimiento de diez años se ha constatado que los síntomas de la depresión se asocian a una supervivencia más corta, por lo que es fundamental que solicite tratamiento para la depresión.
- d) Imagen corporal y autoestima: los supervivientes de cáncer que han sufrido amputaciones, desfiguración y pérdida de órganos como el colon o la vejiga a menudo tienen que superar sus problemas a la hora de relacionarse con ellos mismos y con los demás. Una imagen corporal negativa y una baja autoestima pueden afectar a la capacidad del superviviente para mantener relaciones íntimas con su pareja, lo que tendrá consecuencias importantes en su calidad de vida.

- e) Espiritualidad: muchos supervivientes sienten que la vida cobra un nuevo sentido después del cáncer y renuevan su compromiso con determinadas prácticas espirituales o una religión organizada. Las investigaciones indican que la espiritualidad mejora la calidad de vida gracias a una sólida red de apoyo social.
- f) Culpa del superviviente: algunas personas se sienten culpables por sobrevivir al cáncer cuando otras no lo consiguen. Quizá se pregunte “¿por qué yo?” o vuelva a evaluar sus metas y sus ambiciones en la vida.
- g) Relaciones: Posiblemente el mayor reto al que se enfrentan los supervivientes de cáncer sea el modo en que los demás reaccionan a su enfermedad. Los amigos, los compañeros de trabajo y los familiares pueden sentirse incómodos a la hora de hablar sobre el diagnóstico de cáncer. Pueden quedarse callados, evitarle o fingir que no ha pasado nada. Es posible que otros utilicen el humor para intentar distraerle y que no piense en su situación, en lugar de ofrecerse para hablar de sus problemas. El cáncer puede ser una enfermedad duradera, por lo que es fundamental superar las barreras de comunicación.
- h) Vida social y laboral: la reintegración social y profesional puede ir acompañada de muchos temores: preocupación por estar expuesto a un mayor riesgo de infección, ausencia de energía suficiente para llegar al final de la jornada laboral y ansiedad por no ser capaz de pensar con claridad debido a la denominada “Afectación Neurológica por quimioterapia” o pérdida de memoria. Tras haber superado una situación de vida o muerte, muchos supervivientes de un cáncer se sienten apartados de las personas que no han vivido esa misma experiencia y recurren a otros supervivientes en busca de apoyo y amistad. Es posible que se niegue a revelar a sus jefes y compañeros que está recibiendo tratamiento oncológico por temor a ser tratado de forma diferente o incluso a perder su trabajo y su seguro médico. Esto crea una atmósfera de incertidumbre que contribuye al estrés emocional.

- i) Ansiedad: algunos sobrevivientes dicen que el momento posterior a finalizar el tratamiento se sienten cargados de inseguridades y ansiedades. Puede sentir que algo malo está por suceder. Tal vez, siente que la amenaza del cáncer está regresando y le persigue en su mente. Las citas de seguimiento, los síntomas de enfermedades comunes (como el resfriado), las preguntas sobre la forma en que la experiencia con el cáncer afectará su futuro; todas estas variables pueden provocar que se sienta ansioso.
- j) Enfadado: es un sentimiento que puede presentarse en varios niveles, desde una frustración o irritación leve hasta la rabia o furia. Puede sentir que no tiene la oportunidad de desarrollar una vida normal. Puede luchar contra los efectos secundarios físicos o emocionales del tratamiento. Es más probable que se sienta enfadado cuando le recuerdan lo que ha perdido debido al cáncer. La angustia física, económica, espiritual, emocional o social también puede provocar enfado (The Baja Cancer Advocacy Project, 2014).

Sociales

El cáncer afecta profundamente las funciones y las relaciones sociales. La naturaleza y la calidad de la relación previa entre el paciente y la persona a su cargo son consideraciones importantes a tomar en cuenta en la evaluación y el tratamiento de la persona que brinda la atención debido a la carga que sobrelleva. Si la tensión matrimonial o de la relación precede la aparición del cáncer o el dolor, la persona que proporciona los cuidados puede asumir las tareas de atención a regañadientes. Además, la atención a veces consume el tiempo disponible y puede conducir a sentimientos de aislamiento social (Hernández, 2011).

La repercusión social del cáncer y el dolor se puede mejorar por medio del apoyo social, la seguridad financiera y la estabilidad laboral. Dada la naturaleza cada vez más crónica del cáncer, las personas a cargo del paciente pueden encontrar que el apoyo en todas estas áreas se erosiona con el transcurso del tiempo. Alentar a las personas que cuidan al paciente para que se interconecten

con otras familias y vincularlas con recursos formales pueden ayudar a aumentar las fuentes informales de apoyo social (Instituto Nacional del Cáncer, 2014).

Por otro lado, la repercusión financiera y los costos subyacentes que representa el cáncer pueden afectar el peso emocional de las personas responsables del cuidado del paciente. Las familias pueden incurrir en una carga financiera por las franquicias de seguros, los copagos, los servicios que no están cubiertos, como el transporte y la asistencia domiciliaria, y la pérdida de salarios. Los costos adicionales para estas personas en términos del tiempo destinado al cuidado del paciente de cáncer incluyen los siguientes (Yabroff, Davis, Lamont, Fahey, Topor, Brown, et al., 2007):

- a) Llevar y traer al paciente a sus citas médicas.
- b) Esperar con los pacientes durante las citas.
- c) Faltar al trabajo.
- d) Prepararse para la cirugía y los procedimientos médicos.
- e) Descuidar sus actividades y relaciones habituales.
- f) Atender a los pacientes hospitalizados.

Otros costos sociales incluyen el tiempo que se pasa en el hogar durante la recuperación de un paciente, el tiempo que toma lidiar con los asuntos de seguro y las interrupciones por visitas, el apoyo emocional, conversaciones y otras formas de distracción (Glajchen, 2009).

Aspectos psicológicos

Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer de mama

Como causas psicológicas en el origen del cáncer de mama, se ha encontrado que ciertos estados emocionales como la depresión, pueden ser precursores del cáncer en general y del cáncer de mama en forma específica. Así mismo se han considerado otros aspectos relacionados con la etiología, como el aislamiento social, el contenimiento emocional y el soporte social (Marnet, 2014).

Este padecimiento puede ser valorado como estresante, pues implica pérdida y amenaza. El padecer cáncer mamario probablemente no sea un evento estresante generalizado, sin embargo el cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico. Ante el diagnóstico de la enfermedad subyace la leyenda de incurabilidad y muerte. En este sentido las consecuencias proyectadas, girarán en torno a la posible mutilación, la presencia del dolor, los efectos secundarios de la terapia médica, el gasto en recursos económicos y temporales, y los cambios sustanciales en los ámbitos laboral, social e interpersonal (Haber, Acuff & Ayers, 2000)

Los cambios psicológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad son fuente de gran confusión en la paciente y consisten en la generación de miedo, ansiedad y enojo. Estos a su vez, involucran cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual (Sánchez, Sánchez & Gerson, 2003).

Ante esto Almanza-Muñoz y Holland (2000), menciona que las respuestas emocionales de la mujer ante este tipo de cáncer se presentan en tres fases:

- a) Fase I, en donde se presenta la negación: resistencia a creer que la noticia es cierta, la cual se acompaña de un sentimiento de “anestesia emocional”, seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia.
- b) Fase II, reconocimiento de la realidad: se reconoce lentamente e incluye síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito.
- c) Fase III, adaptación a largo plazo: incluye el retorno a la rutina normal y la aparición de un estado de “optimismo”.

La respuesta se da en tres etapas:

- a) Etapa I, caracterizada por la búsqueda del dominio de la experiencia
- b) Etapa II, en donde aparece un intento por controlar los acontecimientos

- c) Etapa III, en donde existe un intento por retomar el dominio sobre la vida y la autoestima, siendo necesario para llegar a esta última etapa, una definición del yo.

Dentro de la respuesta emocional se presentan:

- a) Negación
- b) Choque emocional
- c) Asimilación
- d) Aceptación
- e) Confrontación inmediata y mediata
- f) Recuperación y sublimación

Aunado a lo anterior, según Gómez y Reboreda (2008), existe una respuesta emocional ante las diferentes fases de la enfermedad:

- a) Respuesta emocional ante el diagnóstico:

La mayoría de las mujeres refieren una combinación de miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad, abandono y negación con diferente intensidad. En función de cómo sea capaz de afrontar la nueva situación, estos síntomas se resuelven en unos días o se estructuran en un proceso psicopatológico que requerirá tratamiento.

- b) Respuesta emocional ante la quimioterapia:

Existe evidencia de que los agentes quimioterápicos pueden influir en el metabolismo de las aminas biógenas, que están directamente relacionados con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad mental. Por lo tanto estos agentes pueden generar psicopatología por acción biológica directa, induciendo trastornos del estado de ánimo fundamentalmente e incluso otros.

Por otra parte, las repercusiones físicas de dichos tratamientos son importantes (alopecia, decaimiento, etc.), produciéndose una aproximación a la idea de no curabilidad, y siendo una fuente importante de ansiedad.

Aunado a esto, a corto plazo se produce un aumento considerable de los problemas psicológicos, sociales y sexuales de las mujeres que reciben quimioterapia.

c) Respuesta emocional ante el tratamiento radioterápico:

Dicho tratamiento ha demostrado incrementar los niveles de ansiedad en relación a los siguientes aspectos:

- Asociación inevitable con desastres naturales, lo que incrementa la sensación de gravedad de la enfermedad.
- Aproximación a la idea de no curabilidad.
- Temor a que “la máquina” no funcione correctamente y los posibles efectos indeseables.
- Preocupaciones por la administración y preparativos, con toda la carga de ansiedad que ello conlleva.

Sin embargo los niveles de ansiedad vuelven a niveles normales a las dos semanas de finalizar el tratamiento.

d) Respuesta emocional ante el tratamiento quirúrgico:

Puede suponer una fuente de angustia ya que los resultados obtenidos pueden confirmar la presencia de la enfermedad, el mal pronóstico, cirugía mutilante o disfunción sexual.

La percepción de la imagen corporal y el sentido de bienestar es superior entre las pacientes tratadas con cirugías más conservadoras. Sin embargo estos sentimientos positivos de sí mismas no se trasladan necesariamente a una mejor adaptación sexual.

Ante esto, Marnet (2014), menciona que la mastectomía (extirpación de seno) puede provocar en la mujer sentimiento de rechazo por parte del hombre, y la idea de incapacidad para funcionar con plenitud como compañera sexual. Esta situación se puede agravar aún más cuando la mujer adopta conductas negativas, que

pueden expresarse a través de manifestaciones regresivas y pueriles o agresivas con su entorno.

Por ello es de vital importancia no descuidar el aspecto psicológico, dado que:

- a) En un 25% de los casos pueden aparecer ideas de suicidio.
- b) En un 75% de los casos la satisfacción sexual en el matrimonio no cambia aunque el 25% restante manifiesta un empeoramiento.

Sin embargo, en el cáncer de mama también existen variables individuales que influyen en la intensidad y duración del impacto psicológico, las cuales son (Haber, Acuff & Ayers, 2000):

VARIABLES ANTERIORES A LA ENFERMEDAD

- a) Características de la paciente: importancia que tiene la apariencia física de las mamas para la paciente, edad y expectativas prequirúrgicas.
- b) Características del entorno: preparación prequirúrgica por el cirujano, calidad de la relación conyugal u sexual.

VARIABLES POSTERIORES A LA MASTECTOMÍA

- a) Forma en que la paciente afronta la situación. Uso, intensidad y selección de la negación autodefensiva y de otros recursos psicológicos: búsqueda de las causas que originan la autoculpabilidad y la proyección de la culpa.

VARIABLES DEL ENTORNO

- a) Tiempo transcurrido desde la cirugía: disponibilidad de apoyo (médico-cirujano, pareja, familia y otras pacientes). Tratamientos médicos coadyuvantes (radioterapia, quimioterapia).

Por lo tanto, el efecto psicológico en la paciente es innegable, dado que las exigencias de la enfermedad por sí mismas obligan a las mujeres a un replanteamiento de su vida y de sus expectativas, lo que provoca que la paciente curse por diversas etapas y por una gama interminable de respuestas emocionales.

Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer cérvico-uterino

Además de los problemas psicológicos que experimenta cualquier enfermo de cáncer, las mujeres afectadas por tumores ginecológicos presentan otras alteraciones específicas en su funcionamiento hormonal, reproductor, sexual y social que tienen un importante impacto psicológico. Ansiedad, depresión, tristeza e incluso vergüenza son algunas de ellas (Die, 2007).

El cáncer cérvico-uterino es el cáncer que reporta los mayores índices de depresión, y en comparación con otros cánceres, como el de mama y el de endometrio, es el que reporta las mayores aflicciones emocionales. Esto se debe a que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento contribuyen a que estén en promedio más años libres de enfermedad, lo que hace que vivan más tiempo con la amenaza de la recidiva (Guerrero, 2001).

En un estudio llevado a cabo por Bos-Branolte, identificó 28% de morbilidad psicopatológica en una muestra de 90 mujeres con cáncer cérvico-uterino, distribuidas del siguiente modo: ansiedad (34%), depresión (28%), imagen corporal (22%), autoestima (36%), relaciones de pareja (26%) (Olivares, 2004).

Al ser el cáncer cérvico-uterino un cáncer ginecológico resulta evidente que la dimensión sexual pueda ser la más afectada. Esta dimensión se afecta fundamentalmente por el tipo de tratamiento utilizado. La modalidad de tratamiento que mayor afecta el área afectiva y psicológica de la sexualidad es la cirugía de Wertheim Meiggs, seguido por la exanteración pélvica y luego por la radioterapia. Las mujeres que reciben radioterapia combinada (externa y braquiterapia) obtienen mayores dificultades en el aspecto físico de la sexualidad que las que reciben radioterapia simple. La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual. Las mujeres que reciben tratamiento combinado (cirugía y radioterapia) reinician más tardíamente la actividad sexual que las que fueron sometidas solo a cirugía (Guerrero, 2001).

Respecto a este punto, Sarah Auchincloss, psiquiatra norteamericana especializada en consejo psicológico sobre alteraciones sexuales en oncología,

refiere que todas las mujeres que padecen tumores ginecológicos sienten su vida sexual amenazada. Aquellas con vida sexual activa temen perderla y las que carecen de ella, temen no poder tenerla jamás (Die, 2007).

Se reporta que el reinicio de la actividad sexual tras haber recibido el tratamiento, es recordado como un evento psicológicamente traumático. Un número considerable de mujeres expresan que el miedo era muy grande tras sus primeras experiencias sexuales post tratamiento, dichas mujeres se describen como “emocionalmente desconectadas”. Su temor e inseguridad se debe a la creencia de no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, y por consecuencia sienten que ellos buscarán satisfacción sexual por otro lado (Guerrero, 2001).

Se aconseja que el tratamiento psicológico tras la cirugía y la radiación debe incluir educación, uso de lubricantes, posturas confortables y un adecuado tiempo previo a la penetración, para conseguir una buena respuesta excitatoria (Olivares, 2004).

Otro punto que es motivo de preocupación es la infertilidad, en las que aún no han tenido hijos y entre las que pensaban tener más. La elaboración psicológica de un proceso de duelo por la pérdida de la capacidad reproductora será fundamental. De la misma manera, la menopausia prematura inducida por el tratamiento en mujeres jóvenes puede tener también efectos psicológicos significativos. Mientras que algunas pueden sentirse menos mujeres o avejentadas precozmente, otras pueden sentirse aliviadas (Die, 2007).

Exámenes diagnósticos del cáncer de mama y cérvico-uterino

Autoexploración mamaria

La autoexploración mamaria consiste en observar y palpar las mamas para detectar la aparición de alguna alteración en los pechos. Se recomienda que la exploración sea periódica, al menos una vez al mes, es mejor si se realiza 7 días después de

haber terminado el periodo menstrual (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, 2014).

La autoexploración de senos puede ser una buena forma de detectar el cáncer de mama en un estadio temprano. No todos los casos de cáncer pueden detectarse de esta forma, pero es un paso importante que se puede implementar por cuenta propia. Esto es de gran importancia dado que alrededor del 20% de los casos de cáncer de mama se detectan durante una exploración física y no con una mamografía (Breastcancer, 2012).

Para realizar la técnica de detección primeramente se debe hacer una inspección que consiste en observar el aspecto externo de los senos (Diagnóstico Precoz, 2014):

- a) Delante de un espejo lo suficientemente grande para ver ambas mamas claramente, con los brazos a los lados del cuerpo, observar las mamas (ver figura 1):

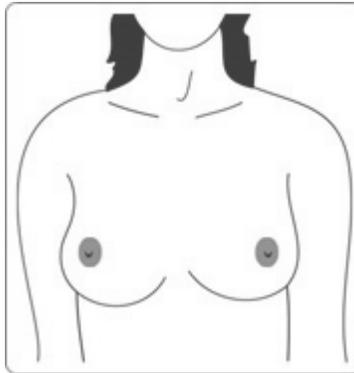


Figura 1. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Comprobar que no haya cambiado su forma y tamaño.
- La piel debe ser lisa, sin pliegues ni zonas rugosas.
- El borde inferior debe tener un contorno regular.

- b) Se sigue delante del espejo, con los brazos en alto (ver figura 2):

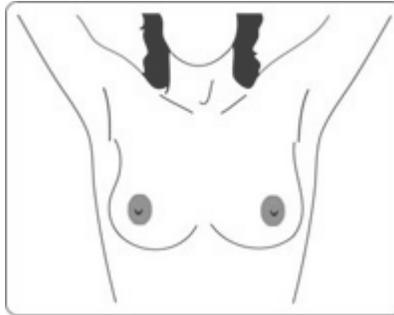


Figura 2. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Comparar una mama con la otra.
 - Comprobar si existe alguna diferencia entre ambas axilas.
- c) Se sigue delante del espejo, con los brazos en horizontal y juntando las manos a la altura del cuello (ver figura 3):

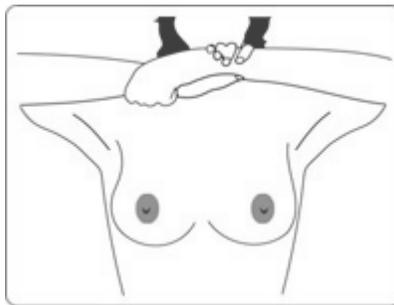


Figura 3. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Hacer fuerza hacia fuera.
 - Debe sentirse que los músculos del tórax se contraen.
 - Comprobar cualquier alteración en la forma o contorno de las mamas.
- d) Se sigue delante del espejo, con los brazos en alto y de perfil (ver figura 4):

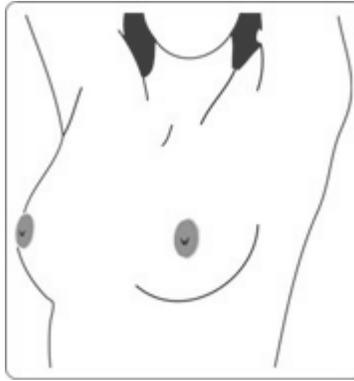


Figura 4. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Comparar la forma de ambas mamas.
- e) Como último paso delante del espejo, con los brazos a los lados, se observa de cerca los pezones y areolas (ver figura 5):

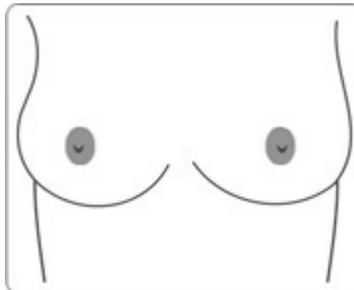


Figura 5. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Comprobar cambios en su forma o tamaño.
 - Comprobar la existencia de costras, pliegues o heridas.
 - Comprobar si hay secreción de líquido.
- f) La palpación consiste en una posición recostada en la cama. Para los siguientes pasos se debe dividir imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes con una cruz que tenga como centro el pezón (ver figura 6).

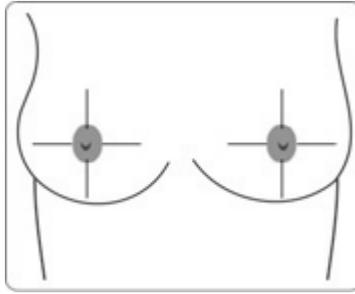


Figura 6. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- g) Mama izquierda: recostada en la cama con un cojín debajo del hombro izquierdo y con la mano izquierda en la nuca (ver figura 7):



Figura 7. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Palpar los cuatro cuadrantes con la mano derecha plana y los dedos estirados, presionando lentamente la mama hacia las costillas.
- Comprobar también la zona entre la parte superior de la mama y la clavícula y hasta el hombro.
- Palpar en áreas pequeñas y superpuestas de un tamaño similar a una moneda de dos pesos.
- Para asegurarse de cubrir toda la mama es mejor seguir un patrón, líneas, círculos, etc.

- Buscar cualquier bulto, masa extraña o cambio de consistencia debajo de la piel.
- h) Mama derecha. Con el cojín debajo del hombro derecho y con la mano derecha en la nuca (ver figura 8):



Figura 8. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Palpar los cuatro cuadrantes con la mano izquierda plana y los dedos estirados, presionando lentamente la mama hacia las costillas.
- Comprobar también la zona entre la parte superior de la mama y la clavícula y hasta el hombro.
- Palpar en áreas pequeñas y superpuestas de un tamaño similar a una moneda de dos pesos.
- Para asegurarse de cubrir toda la mama es mejor seguir un patrón, líneas, círculos, etc.
- Buscar cualquier bulto, masa extraña o cambio de consistencia debajo de la piel.

i) Axilas (ver figura 9):



Figura 9. Fuente: Autoexploración mamaria, 2014.

- Explorar ambas axilas buscando cualquier bulto o masa extraña

Tras la exploración, la detección de los siguientes signos es de suma importancia, ya que si se presentan es necesario acudir al médico (SSa, 2007):

- a) Una de las mamas tiene el tamaño o dureza mayor i menor que la otra.
- b) Puntos pequeños parecidos a la piel de naranja o cualquier otro tipo de mancha, arruga o pliegue.
- c) Si no se está amamantando o se está embarazada y se observa que sale algún líquido por el pezón.
- d) El pezón se retrae o tiene llagas.
- e) Aparición de algún bulto en pecho o axila.
- f) Alguna cicatriz o bulto ya existente que cambia de aspecto, tamaño o consistencia.

Mamografía o mastografía

El Instituto Nacional del Cáncer (2014) menciona que la mamografía es una radiografía (técnica diagnóstica radiológica de forma digital) del seno, estas se pueden usar para buscar el cáncer de seno en mujeres que no presentan signos o síntomas de la enfermedad. Este tipo de mamografía se llama mamografía selectiva de detección. Para poder determinar una mamografía de detección se requieren dos radiografías o imágenes de cada seno. Los beneficios de estas técnicas hacen posible que se detecten tumores que no se pueden palpar, las mamografías de detección pueden también encontrar microcalcificaciones (pequeños depósitos de calcio) que algunas veces indican la presencia de cáncer de seno.

La mamografía de diagnóstico se utiliza para evaluar a una paciente con resultados clínicos anormales (como nódulos o bultos en las mamas), descubiertos por la mujer o su médico. La mamografía de diagnóstico también puede realizarse luego de un mamograma de exploración anormal, con el fin de evaluar el área conflictiva en el examen de exploración (Radiology Info, 2013).

Cabe mencionar que la mamografía incluye la mamografía digital y la detección asistida por computadora (Instituto Nacional del Cáncer, 2014):

La Mamografía digital, también llamada mamografía digital de campo completo (MDCC), es un sistema de mamografía en el que la película de rayos X es reemplazada por detectores en estado sólido que transforman los rayos X en señales eléctricas. Las señales eléctricas se utilizan para producir imágenes de las mamas que pueden verse en una pantalla de computadora o ser impresas en una película especial similar a los mamogramas convencionales.

Los sistemas de detección asistida por computadora (AC) utilizan una imagen mamográfica digitalizada que puede obtenerse ya sea de un mamograma convencional de película o un mamograma adquirido digitalmente. El software de la computadora entonces busca áreas anormales de densidad, masa o calcificación

que puedan indicar la presencia de cáncer. El sistema de detección asistida por computadora resalta estas áreas en las imágenes, alertando al radiólogo de la necesidad de análisis adicionales (Radiology Info, 2013).

Instituto Nacional del Cáncer (2014) menciona que la mamografía digital permite que el radiólogo ajuste, guarde y recupere electrónicamente las imágenes digitales, la mamografía digital puede ofrecer las siguientes ventajas que no ofrece la mamografía convencional:

- a) Los profesionales médicos pueden compartir imágenes archivadas electrónicamente, lo cual facilita las consultas a larga distancia entre radiólogos y cirujanos del seno.
- b) Es posible notar con mayor facilidad diferencias sutiles entre los tejidos normales y los anormales.
- c) El número de procedimientos de seguimiento necesarios puede ser menor.
- d) Quizás sea necesario repetir menos imágenes, lo cual reduce el tiempo de exposición a la radiación.

Brandan y Villaseñor (2006), mencionan que la mama representa un verdadero desafío para la obtención de su imagen radiológica debido a que está constituida por tejidos muy similares entre sí y porque las lesiones buscadas por el radiólogo como indicadores de la posible presencia de un tumor son muy pequeñas o muy parecidas al tejido normal. Una mamografía de escrutinio busca visualizar lesiones no-palpables (es decir, menores de 0.5 cm si se trata de nódulos), calcificaciones (nunca palpables por su reducido tamaño), asimetrías en la densidad mamaria, y/o distorsión de la arquitectura de la glándula. Los nódulos son objetos que aparecen en ambas proyecciones con densidad media y alta, se confunden con el tejido glandular y sus contornos son indicadores de malignidad. Las calcificaciones son acumulaciones cristalinas de calcio, de tamaños de cientos de micras, cuyo patrón de agrupación y morfología es indicador de malignidad. Sólo la mamografía puede detectar las calcificaciones. La imagen mamográfica sólo permite visualizar estos

indicadores, y la severidad de la lesión evaluada por las características de la imagen llevará al radiólogo a solicitar la toma de una biopsia del tejido sospechoso. La malignidad del tumor sólo se determina a través del análisis patológico de la muestra citológica o histológica.

El proceso consiste en que la paciente se coloque de pie frente a una máquina especial de rayos X. Un auxiliar de laboratorio le acomoda uno de las mamas sobre una placa de plástico transparente. Después cubrirá esa mama con otra placa, presionando firmemente. Las placas aplanarán la mama y lo mantendrán inmóvil mientras se saca la radiografía. La paciente sentirá algo de presión. Posteriormente le sacarán una radiografía del otro mama de la misma forma. Los mismos pasos se repiten para sacar una radiografía lateral de cada mama. La paciente debe esperar a que el auxiliar de laboratorio verifique que salieron bien las cuatro placas de rayos X y que no haya necesidad de volver a tomarlas. El auxiliar de laboratorio no puede comentarle los resultados de su mamografía. El radiólogo, un médico especializado en esta área, interpretará la mamografía. Su tarea es revisar la placa de rayos X para buscar signos prematuros de cáncer u otros problemas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013).

Determinada la importancia de estos exámenes médicos, la detección temprana de cáncer de seno con la mamografía selectiva de detección significa que el tratamiento que se decida tomar conjunto el médico de cabecera de la paciente puede empezarse lo antes posible en el curso de la enfermedad, posiblemente antes de que se haya extendido a toda la mama o a otra parte del cuerpo, así mismo los resultados de otros estudios indican que la mamografía de detección puede ayudar a reducir el número de muertes por cáncer de seno entre mujeres de 40 a 74 años de edad, especialmente para las que tienen más de 50 años de edad (Mandelblatt & Cronin, 2009).

Sin embargo, los estudios llevados a cabo hasta la fecha no han indicado que haya un beneficio de las mamografías de detección regulares en mujeres menores de 40 años de edad o de mamografías de detección como base (mamografías que

se usan como punto de comparación) que se toman antes de los 40 años de edad. (Instituto Nacional del Cáncer, 2014).

Para la mayoría de las mujeres, las mamografías son un proceso molesto y algunas incluso sienten dolor. Sin embargo, una mamografía solo toma unos minutos y las molestias desaparecen pronto. Lo que usted sienta dependerá de la destreza del auxiliar de laboratorio, el tamaño de las mamas y la cantidad de presión que se necesite aplicar sobre los mismos. Las mamas pueden estar más sensibles si tiene el periodo o está a punto de tenerlo, Los resultados por lo general tardan unas cuantas semanas, aunque esto depende del lugar donde se hizo la mamografía. El radiólogo interpretará la mamografía y le enviará los resultados a usted o a su médico. Si hay algún motivo para preocuparse, el centro donde se practicó la mamografía se pondrá en contacto con usted antes del plazo previsto. Comuníquese con su médico o el centro donde le hicieron la mamografía si no ha recibido los resultados en un plazo de 30 días (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013).

Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou examina los cambios en las células del cuello del útero, busca células que no son normales y que pueden causar cáncer de cérvix (American Academy of Family Physicians, 2012), es decir detecta células cancerosas o células que pueden volverse cancerosas. Además, sirve para detectar la presencia de infecciones e inflamación (Fundación de Estudio de la Mujer de Enfermedades Neoplásicas e Investigaciones Oncológicas, 2013).

La mayoría de las mujeres entre los 21 y 65 años de edad necesitan pruebas de Papanicolaou regulares (American Academy of Family Physicians, 2012).

Los expertos recomiendan esperar aproximadamente tres años después de la iniciación de la actividad sexual porque las infecciones por virus del papiloma

humano transitorias y los cambios celulares cervicales no significativos son frecuentes, y una anomalía significativa o cáncer tarda años en desarrollarse. El cáncer cervical es muy poco frecuente en mujeres menores de 25 años (Fundación de Estudio de la Mujer de Enfermedades Neoplásicas e Investigaciones Oncológicas, 2013).

Las mujeres que no tienen cuello uterino (generalmente por una histerectomía), y que tampoco tienen antecedentes de cáncer del cuello uterino o resultados anormales en la prueba de Papanicolaou, no necesitan hacerse dicho examen. Las mujeres de 65 años o mayores que han tenido tres pruebas seguidas de Papanicolaou normales y que no hayan tenido ningún resultado anormal en los últimos diez años no necesitan hacerse la prueba de Papanicolaou (Womens Health, 2014).

La prueba de Papanicolaou permite al médico detectar los cambios anormales en el cuello uterino, si estos exámenes muestran que hay presente una infección, el médico trata la infección y después de un tiempo repite la prueba de Papanicolaou. Si la prueba sugiere algo más que una infección, el médico puede repetirla y hacer otras pruebas para encontrar el problema (Fundación de Estudio de la Mujer de Enfermedades Neoplásicas e Investigaciones Oncológicas, 2013).

Antes de la prueba del Papanicolaou (por lo menos dos días antes), se deben de seguir las siguientes indicaciones (Instituto Nacional del Cáncer, 2007):

- a) No tener relaciones sexuales.
- b) No hacerse lavados vaginales.
- c) No usar tampones.
- d) No usar métodos anticonceptivos que se coloquen en la vagina, como espuma, crema o gel.
- e) No utilizar ningún medicamento que se coloque en la vagina.
- f) No aplicar un lubricante vaginal.

- g) No emplear desodorantes femeninos en aerosol o en polvo.
- h) No nadar.
- i) No tomar un baño en la bañera.
- j) No hacer la prueba de Papanicolaou si tiene el período (menstruación).

El procedimiento para llevar a cabo el Papanicolaou consiste en que la mujer se recueste en la camilla del consultorio, el doctor encargado insertará un instrumento llamado espéculo en la vagina y lo abrirá para poder ver el cuello uterino, posteriormente recogerá por medio de la espátula y escobillos las células que se descaman del cérvix y se colocan en un porta objetos. Dicha muestra se envía a un laboratorio especializado para su identificación (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

En el caso de la mujer embarazada no hay ninguna contraindicación para realizarse un Papanicolaou. Sino más bien es un requisito. Solo se recoge la muestra con la espátula y se omite la recolección con el escobillón endocervical (Centro de Ginecología y Obstetricia, 2014).

La prueba de Papanicolaou será interpretada como de resultado negativo cuando no se identifiquen células anormales. En este caso, se le aconsejará que vuelva a hacerse una citología de rutina transcurridos tres años. Entre un 5% y un 10% de las mujeres tendrán un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou o citología (Centro de Ginecología y Obstetricia, 2014).

Es importante recordar que unos resultados anormales en la prueba de Papanicolaou no implican que se esté afectado por un cáncer. Sin embargo, unos resultados anormales pueden ser un signo de aviso. Indican que se tiene un riesgo más elevado de desarrollar cáncer de cuello uterino. De esta manera, en este caso es importante seguir el consejo del médico para minimizar el riesgo (Fundación de Estudio de la Mujer de Enfermedades Neoplásicas e Investigaciones Oncológicas, 2013).

Factores de riesgo

Factores de riesgo de cáncer de mama

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que una persona padezca una enfermedad. Los distintos tipos de cáncer tienen distintos factores de riesgo; sin embargo, los factores de riesgo no suministran toda la información. En el caso del cáncer de mama, si se tiene uno, o hasta diversos factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad (American Cancer Society, 2014). Varios estudios han mostrado que es posible que otros factores también influyan en su riesgo. Sin embargo, a algunas mujeres les dará cáncer de mama incluso sin tener ningún factor de riesgo conocido, por el contrario, determinadas mujeres que tienen algunos factores de riesgo no contraen cáncer de mama (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2014).

Ser mujer es el factor de riesgo más importante, debido a que las mujeres tienen una glándula mamaria más desarrollada que los hombres, pero lo importante es que las células de esta glándula están sometidas al estímulo constante de los factores de crecimiento hormonales, los estrógenos y la progesterona. Los hombres pueden tener cáncer de mama pero la incidencia es muy baja: 100 veces menor que en la mujer (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2011).

La edad es también un factor predominante, ya que la mayoría de los cánceres de mama se detectan en mujeres de 50 años o más (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2014). En relación a este factor, la Institución Susan G. Women (2013), afirma que la probabilidad de que una mujer sea diagnosticada con cáncer de mama de acuerdo a la edad es la siguiente:

- 20 años 1 en 1 681
- 30 años 1 en 232
- 40 años 1 en 69
- 50 años 1 en 42
- 60 años 1 en 29

- 70 años 1 en 27
- Durante la vida 1 en 8

El riesgo de cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos familiares directos (consanguíneos) tienen esta enfermedad. Si un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padece cáncer de seno, el riesgo de la mujer casi se duplica también el riesgo aumenta aproximadamente tres veces, si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad. Se estima que solo el 15 por ciento de las mujeres con cáncer de seno tiene un familiar con esta enfermedad, mientras que la mayoría (más de 85 por ciento) de las mujeres que padecen cáncer de seno no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad (ACS, 2014).

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a las hormonas estrógeno y progesterona, como una menarquía precoz (antes de los 12 años), una menopausia tardía (después de los 55 años) y una edad madura cuando se presenta el primer parto, figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama (Lacey, 2009). Aunado a este último punto, las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo de cáncer de seno ligeramente mayor. Los embarazos múltiples y quedar embarazada cuando la mujer es joven reducen el riesgo del cáncer de seno. De esta forma, el embarazo reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer, lo cual puede que sea una razón de este efecto (ACS, 2014). También es posible que las mujeres que han padecido preeclampsia (complicación en el embarazo en la cual la mujer presenta presión arterial alta y cantidades excesivas de proteína en la orina), corran menor riesgo de padecer cáncer de mama (Instituto Nacional del Cáncer, 2011).

De igual manera, las hormonas exógenas conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos (Lacey, 2009). Con relación a este punto, la AECC (2011) señala que la administración de tratamiento hormonal sustitutivo para tratar los síntomas de la menopausia está claramente desaconsejado; se ha demostrado un aumento del

riesgo de cáncer de mama, estimado en tres casos adicionales al año por cada 1000 mujeres, o un incremento individual del riesgo del 0.3%. Este aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama se relaciona más con la terapia hormonal sustitutiva que combina estrógenos y progestágenos y cuando este tratamiento es de larga duración (más de 15 años), así el riesgo puede aumentar hasta un 83%.

Tener antecedentes personales de cáncer de mama o de otras enfermedades no cancerosas en las mamas es un factor de riesgo, ya que una mujer con cáncer en un seno tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno. Esto es diferente a la recurrencia (regreso) del primer cáncer (ACS, 2014).

Las enfermedades benignas de la mama incrementan el riesgo si presentan un aumento del número de células con alteraciones (proliferación atípica), este riesgo se aumenta en 4 a 6 veces. El resto de enfermedades benignas no parece que incrementen el riesgo de cáncer de mama, como la enfermedad fibroquística o los fibroadenomas (AECC, 2011).

La administración de dietilestilbestrol (DES), con el supuesto de que éste disminuía las probabilidades de perder el bebé, ha convertido a estas mujeres en tener un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Las mujeres cuyas madres tomaron dietilestilbestrol durante el embarazo también pudieran tener un riesgo ligeramente mayor de cáncer de seno (ACS, 2014).

La raza también es un factor importante, debido a que las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir de este cáncer. Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de seno es más común en las mujeres de raza negra. Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de seno (ACS, 2014).

Un factor controlable es el sobrepeso, que supone un riesgo elevado de cáncer de mama, en especial para mujeres postmenopáusicas, esto debido a que

el tejido graso es la principal fuente de estrógeno que posee el cuerpo tras la menopausia, cuando los ovarios dejan de producir la hormona; de esta manera, una mayor cantidad de tejido graso implica un mayor nivel de estrógeno, lo que puede aumentar el riesgo de cáncer de mama (Breastcancer, 2013). En este mismo sentido, cada vez hay más evidencia de que el ejercicio físico reduce el riesgo de cáncer de mama, aunque todavía no se sabe cuantificar ni decir cuánto ejercicio hay que realizar para que esta reducción del riesgo sea evidente (AECC, 2011).

También el alcohol es un factor de riesgo claro, las mujeres que consumen de 2 a 5 bebidas alcohólicas al día tienen un incremento del riesgo de 1,5 veces (AECC, 2011).

Una investigación realizada por Danaei y colaboradores (2005) ha calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física. Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%).

Algunos estudios sugieren que la lactancia podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de seno, especialmente si se prolonga por uno y medio a dos años. Una explicación para este posible efecto puede ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer, que es similar a comenzar los periodos menstruales a una edad mayor o experimentar la menopausia temprano (ACS, 2014).

Los factores ambientales también juegan un papel muy importante, ya que la exposición a las radiaciones ionizantes está relacionado con una mayor incidencia de cáncer de mama, especialmente si ocurre antes de los 40 años de edad. La edad

de mayor susceptibilidad a las radiaciones ionizantes, en cuanto a la relación con el riesgo de cáncer de mama, es entre los diez y 14 años.

Las radiaciones ionizantes más dañinas son por:

- a) Accidentes nucleares.
- b) Tratamientos con radioterapia en el área de la mama (AECC, 2011).

En este punto, existe un interés especial en los compuestos del ambiente que contienen propiedades semejantes a las del estrógeno. Por ejemplo, las sustancias encontradas en algunos plásticos, ciertos cosméticos y productos del cuidado personal, pesticidas (tal como DDE) y los PCBs (bifenilos policlorinados) parecen tener tales propiedades. Esto podría afectar el riesgo de cáncer de seno (ACS, 2014).

En algunos estudios se ha sugerido que las mujeres que trabajan durante la noche pueden tener un mayor riesgo de padecer cáncer de seno. Algunos investigadores creen que el efecto puede deberse a cambios en los niveles de melatonina, una hormona cuya producción es afectada por la exposición del cuerpo a la luz, aunque también se están estudiando otras hormonas (Instituto Nacional del Cáncer, 2011).

La diferente incidencia del cáncer de mama puede explicarse también en los países desarrollados y los países en desarrollo, esto en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia (Peto, 2001). La creciente adopción de modos de vida occidental en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países.

Otros factores que aumentan su riesgo son:

- a) Haber recibido algún tipo de radioterapia en el pecho o la mama.
- b) Tener cambios en ciertos genes del cáncer de mama (BRCA1 y BRCA2).

c) Mamas densas detectadas en una mamografía.

Factores de riesgo de cáncer cérvico–uterino

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papiloma. Este virus se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel, mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral. Puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos (ACS, 2014).

Se considera que existen más de 80 tipos de este virus, de los cuales 30 tipos pueden infectar el cuello uterino, y aproximadamente la mitad de estos se relacionan con este tipo de cáncer. Las infecciones por VPH son comunes, pero solo un número muy pequeño de mujeres infectadas con este virus presentan cáncer de cuello uterino (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. Estas verrugas se conocen como verrugas genitales o condiloma acuminado y pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer. A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres (ACS, 2014).

El VPH es tan común que la mayoría de las personas lo contraen en algún momento de su vida y por lo general no causa síntomas. Sin embargo, en la mayoría de las mujeres, el VPH desaparece por sí solo; si esto no ocurre, es posible que con

el tiempo cause cáncer de cuello uterino (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2014).

Los antecedentes familiares son de gran importancia, debido a que el cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si la madre o hermana de una mujer tuvieron cáncer de cuello uterino, las probabilidades de que pueda padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido., esto causado por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de otros factores de riesgo no genéticos (ACS, 2014).

También se considera que el inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cérvico-uterino. En este sentido, se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con cinco o más parejas sexuales. La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que trasmite después a su pareja (GeoSalud, 2012).

Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco (GeoSalud, 2012). Sin embargo respirar el humo de tabaco en el ambiente también causa un aumento en el riesgo. Entre las mujeres infectadas por el VPH, la displasia y el cáncer invasivo se presentan de dos a tres veces más en quienes fumaron o que todavía fuman (Instituto Nacional del Cáncer, 2013).

Las mujeres que han usado anticonceptivos orales por cinco años o más tienen un riesgo mayor de presentar cáncer cérvico-uterino, comparadas con

aquellas mujeres que nunca los usaron. El riesgo es más elevado después de diez años de uso. (Instituto Nacional del Cáncer, 2013). La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras (ACS, 2014).

Hay una gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre el cáncer cérvico-uterino y la condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, tienen mayor incidencia de este tipo de cáncer. Respecto a las dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna, una investigación desarrollada en Uruguay señala que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las exponen más al virus (Hasenyager, 2000).

En un estudio con 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria se encontró que aquellas con menor nivel académico acuden hasta 2.5 menos veces a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Eso tiene implicaciones críticas, pues en la medida en que la mujer no sepa y no entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado (Hewitt, Devesa & Breen, 2002).

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino (ACS, 2014).

La Alliance for Cervical Cancer Prevention (2004) considera que una baja condición socioeconómica es un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cérvico-uterino; en particular, en entornos de bajos recursos. Las mujeres con baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos,

limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva. Todos estos factores pueden hacerlas más proclives a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse

Aunado a esto, en diversos estudios se han identificado problemas relacionados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, y en las mujeres que acuden para detección tardíamente (Serrano, Uribe, Díaz & Dangond, 2004).

La raza también es un factor trascendental, en varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos, las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Así las mujeres con sida tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. En las mujeres infectadas por este virus, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune o aquellas que han tenido un trasplante de órgano (ACS, 2014).

La alimentación tiene un papel muy importante, según el Instituto Nacional del Cáncer (2013) las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. También, las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

Tratamiento

La elección del tratamiento adecuado para el cáncer viene determinado por varios factores, incluyendo el tipo, las condiciones generales del paciente y por supuesto cuál sea el objetivo buscado: curarlo, evitar que se extienda, o aliviar los síntomas causados por éste (Fundación de Investigación para Vencer el Cáncer, 2014).

En el caso del cáncer de mama los tipos principales de tratamiento son (ACS, 2014):

Terapia local y terapia sistémica: La terapia local tiene como objetivo tratar un tumor en un sitio específico, sin afectar el resto del cuerpo. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de terapias locales. La terapia sistémica se refiere a medicamentos que se administran por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en cualquier lugar del cuerpo. La quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia dirigida son terapias sistémicas.

Cirugía para el cáncer de seno: Se emplea en la mayoría de las mujeres con cáncer de seno y a menudo, se necesita cirugía para extirpar un tumor de seno. Las opciones quirúrgicas son la cirugía conservadora del seno y la mastectomía. El seno se puede reconstruir al mismo tiempo que la cirugía o en una fecha posterior. La cirugía también se hace para verificar si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que están debajo del brazo. Las opciones para esto incluyen una biopsia del ganglio linfático centinela y una disección de los ganglios linfáticos axilares.

Radioterapia: Es un tratamiento con rayos o partículas de alta energía que destruyen las células cancerosas. La radiación al seno a menudo se administra después de la cirugía de conservación del seno para ayudar a reducir la probabilidad de que el cáncer regrese en el seno o en los ganglios linfáticos adyacentes. La radiación también se usa para tratar el cáncer que se ha propagado a otras áreas, por ejemplo los huesos o el cerebro.

Quimioterapia: Es un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se puede administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo. La quimioterapia se administra en ciclos, de manera que cada período de tratamiento va seguido de un período de recuperación. Por lo general, el tratamiento dura varios meses.

Terapia Hormonal: Se priva a las células de cáncer del estrógeno, una hormona que muchos tumores de seno necesitan para crecer. Detiene o hace más lento el crecimiento de tumores, y tratar tanto el cáncer de seno inicial como el avanzado. Los tumores que no son sensibles a las hormonas no reaccionan a la terapia hormonal. El fármaco más común es el tamoxifeno, este bloquea la actividad del estrógeno ayudando además a prevenir la recurrencia del cáncer, sin embargo, con el tiempo, muchas mujeres adquieren resistencia al fármaco. Es más probable que mujeres posmenopáusicas reciban un fármaco llamado inhibidor de aromatasa. Esta terapia se administra por vía oral diariamente por aproximadamente cinco años; los efectos secundarios dependen del fármaco, los sofocos, sudores nocturnos, resequedad vaginal y cambios en el ciclo menstrual son comunes (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2009).

Se encontró que el tamoxifeno reduce el riesgo de muerte cuando se da como terapia adyuvante y provee de efecto paliativo para las pacientes con metástasis de cáncer de mama; por lo que está indicado tanto para las pacientes en premenopausia y postmenopausia (Gómez, Marina, Kravzov, Cárdenas & Rubio, 2008).

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2012) describe algunas estrategias para tratar el cáncer de seno sensible a las hormonas, entre las cuales se incluyen las siguientes: Bloqueo de la función de los ovarios (ablación ovárica), bloqueo de la producción de estrógeno, bloqueo de los efectos del estrógeno.

Dentro de la categoría adyuvante existen dos formas principales en las que se usa la terapia hormonal para tratar el cáncer de seno sensible a las hormonas: Terapia adyuvante para cáncer de seno en estadio inicial para aumentar la posibilidad de curación y el tratamiento de cáncer metastásico (se ha diseminado a otras partes del cuerpo y ya no es curable) de seno para tratar el cáncer sensible a las hormonas (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2012).

De acuerdo al Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs & Poitevin, 2013) el tratamiento del cáncer de mama metastásico dependerá del número y sitio de metástasis, las características del paciente, la sensibilidad o resistencia a tratamientos oncológicos y el fenotipo tumoral; además tendrá como metas prolongar la supervivencia, paliar los síntomas, y mantener la calidad de vida.

Prevención

Prevención de cáncer de mama

La prevención del cáncer consiste en las medidas que se toman para reducir la probabilidad de presentar cáncer. Con la prevención del cáncer, se reduce el número de casos nuevos en un grupo o población (Instituto Nacional del Cáncer, 2014).

Aunque reducen en cierta medida el riesgo, las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del

control del cáncer de mama (OMS, 2014). Ante esto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014), mencionan que aunque las pruebas de detección del cáncer de mama no pueden prevenir este cáncer, pueden ayudar a detectar este cáncer en etapas tempranas, cuando es más fácil de tratar.

Por eso, la Secretaría de Salud (2014), recomienda lo siguiente:

- a) Practicarse la autoexploración una vez al mes, a los siete días después de haber iniciado el período menstrual, y en mujeres con menopausia elegir un día al mes.
- b) Acudir con el médico o a la Unidad de Salud para que se realice el examen mamario una vez al año (mujeres de 25 a 64 años).
- c) Si la mujer es mayor de 40 años, acudir a realizarse una mamografía (radiografía de seno) que ayudará a detectar la enfermedad a tiempo.

La Asociación Española Contra el Cáncer (2013), menciona que el cáncer de mama no se puede prevenir, sin embargo estudios recientes parecen demostrar que el riesgo de padecer cáncer de mama se puede reducir realizando ejercicio físico de forma regular (al menos cuatro horas a la semana), evitando el sobrepeso y la obesidad tras la menopausia y el consumo regular de alcohol

Una dieta que sea rica en verduras, frutas, aves, pescado y productos lácteos que sean bajos en grasa también se ha asociado a una reducción del riesgo para el cáncer de seno en algunos estudios. Sin embargo, la mayoría de los estudios no ha encontrado que la disminución en el consumo de grasa imponga un efecto considerable en el riesgo de desarrollar cáncer de seno (ACS, 2013).

Además se debe evitar el uso de tratamientos hormonales sustitutivos durante la menopausia, pues su uso se asocia a un incremento del riesgo de padecer cáncer de mama. El descenso de número de mujeres que reciben este tipo de tratamientos sustitutivos ha coincidido con un descenso proporcional en el número de casos nuevos de cáncer de mama (AECC, 2013).

Prevención de cáncer cérvico-uterino

Lo más importante que una mujer puede hacer para prevenir el cáncer de cuello uterino es hacerse pruebas de detección en forma periódica. El objetivo de estas pruebas consiste en encontrar los cambios de las células del cuello y los cánceres cervicales temprano, antes de que empiecen a causar síntomas. Las pruebas de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad, como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma. Así, la detección temprana significa la aplicación de una estrategia que resulte en un diagnóstico más temprano de cáncer de cuello uterino. Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para detectar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz, para que puedan ser tratados antes de que éstos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical (ACS, 2013).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014), mencionan que existen dos pruebas que pueden ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino:

- a) La prueba de Papanicolaou (o citología vaginal) identifica los precánceres, cambios en las células del cuello uterino que pueden convertirse en cáncer si no se tratan en forma adecuada. Debe comenzar a hacerse las pruebas de Papanicolaou con regularidad desde los 21 años. Toda mujer debería empezar sus revisiones no más tarde de tres años después de su primera relación sexual, al principio cada año. Después de dos citologías normales, la siguiente revisión debe hacerse a los tres años (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, 2014).
- b) A los 35 años, se debe añadir un test de VPH a la citología (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, 2014). El test de VPH se usa para averiguar si una mujer tiene VPH. Se realiza con una toma de células del cuello del útero igual a la que se realiza al practicar una citología. A pesar de que en este momento no existen tratamientos para los tipos de VPH que pueden producir cáncer de cérvix, averiguar si una mujer tiene o no VPH

ayuda a definir su riesgo de desarrollar esta enfermedad. Si no tiene VPH, su riesgo es muy bajo y puede ser controlada con cribado rutinario; si tiene VPH y su sistema inmune no lo elimina, es necesario un seguimiento para detectar células anormales que puedan ser eliminadas para prevenir el desarrollo de un cáncer (Cortés-Bordoy, Fernández-Marcos, Bogdanovic-Guillon & Davies, 2013).

Han sido propuestos tres posibles usos del test de VPH:

- a) Como test de cribado de cáncer de cuello de útero, asociado a la citología en mujeres mayores de 35 años.
- b) En el seguimiento de mujeres con citología con atipias inciertas.
- c) Como test de seguimiento de mujeres que han sido tratadas por células cervicales anormales.

Si el test de VPH y la citología son negativos, una mujer debe ser revisada cada cinco años. El cribado de cáncer de cérvix facilita la mejor protección si se efectúa con la frecuencia recomendada (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, 2014).

Existen dos vacunas que protegen contra los tipos de VPH que causan la mayoría de los cánceres cervicales en las mujeres. Ambas vacunas previenen más del 95% de las infecciones por VPH causadas por los tipos 16 y 18 de VPH, y pueden dar alguna protección cruzada contra otros tipos de VPH menos comunes que causan cáncer cérvico-uterino. Una de las vacunas también protege contra los tipos seis y once de VPH que causan verrugas genitoanales (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Estas se recomiendan para las niñas y las mujeres en edades de nueve a 26 años, pero lo mejor es que las niñas reciban la vacuna hacia la edad de once años o antes de volverse sexualmente activas. Sin embargo, incluso las niñas y mujeres jóvenes que ya hayan sido sexualmente activas todavía pueden obtener protección de la vacuna (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2014).

Ambas vacunas requieren tres dosis administradas en el transcurso de seis meses y actúan mejor si se administran antes de la exposición al VPH (Organización Panamericana de la Salud, 2013); sólo funcionan para prevenir la infección con VPH y no tratan una infección existente. Por esta razón, para la mayor efectividad, la vacuna contra el VPH se debe aplicar antes de que una persona se exponga al VPH (como a través de la actividad sexual) (ACS, 2013).

Por lo general, los efectos secundarios son leves. Los más comunes son enrojecimiento breve, inflamación e irritación en el área de la piel donde se administra la inyección (ACS, 2013).

Además se deben abandonar ciertas acciones como prevención. Fumar aumenta el riesgo del cáncer cuello de útero, las fumadoras presentan el doble de riesgo de sufrir cáncer de cérvix.

También el perder peso y el reducir la exposición al estrógeno puede disminuir el riesgo de manifestar cáncer del útero. La adición de progesterona al estrógeno también puede disminuir este riesgo en las mujeres que toman un reemplazo hormonal para los síntomas de la menopausia. Existe evidencia que sugiere que el uso de la terapia hormonal combinada en forma de anticonceptivos orales puede reducir el riesgo de manifestar el cáncer del útero hasta en un 40% si se la usa por lo menos durante un año (Conexión Cáncer, 2014).

The American Cancer Society (2013), recomienda lo siguiente para la detección temprana del cáncer cérvico-uterino:

- a) Puede que las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de cuello uterino debido a un sistema inmunológico suprimido (por ejemplo, debido a infección por VIH, trasplante de órgano, o uso prolongado de esteroide) o debido a que fueron expuestas a DES en el útero, necesiten hacerse las pruebas de detección con más frecuencia.
- b) Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) pueden dejar de hacerse las pruebas (como las

pruebas de Papanicolaou y las pruebas de VPH), a menos que la histerectomía se haya hecho como tratamiento de precáncer de cuello uterino (o cáncer). Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino (una histerectomía supracervical) deben continuar las pruebas de detección de este cáncer.

- c) Las mujeres de cualquier edad no deben hacerse las pruebas cada año mediante cualquier método de detección.
- d) Aunque no se deben hacer las pruebas de detección cada año, puede que las mujeres que han presentado resultados anormales en las pruebas necesiten hacerse una prueba de seguimiento con una prueba de Papanicolaou (algunas veces con una prueba de VPH) en seis meses o un año.
- e) Las mujeres mayores de 65 años que se han hecho regularmente las pruebas de detección en los últimos diez años pueden dejar de hacerse las pruebas siempre y cuando no se haya encontrado ningún precáncer grave en los últimos 20 años. Las mujeres con precáncer deben continuar con las pruebas al menos 20 años después de haber detectado la anomalía.

Capítulo 2. Personalidad

Este capítulo define la personalidad desde diversos enfoques; se hace especial énfasis en la definición que proporciona el enfoque cognitivo-conductual, a partir del cual se establece una clasificación que describe tres tipos de personalidad: A, B y C. Debido a que una de las variables de este estudio se refiere a la personalidad tipo C vinculada al cáncer; se ahonda en este tema y se presentan algunos instrumentos psicométricos que la miden.

Definición

La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Seelbach, 2012). Esta tiene que ver con el comportamiento individual y la experiencia de la persona, su descripción considera las formas en que debemos caracterizar a un individuo (Cloninger, 2003). Desde el nacimiento, cada persona tiene su propia personalidad, aunque ésta no es determinante sino más bien hace referencia a ciertas características propias, que con el tiempo y con la influencia de diferentes factores se irá estructurando y modificando (Seelbach, 2012).

Teorías de la personalidad

En la psicología existen varios enfoques teóricos en los que se le ha dado una definición diferente a la personalidad.

El modelo psicoanalítico de la personalidad supone que los individuos son motivados por las pulsiones o instintos sobre los cuales se tiene poco control, estas motivaciones se encuentran sobre todo en el inconsciente. La personalidad está conformada por tres instancias: ello, yo y superyó. El comportamiento de una

persona es producto de la interacción y con frecuencia de los conflictos entre estas tres estructuras (Usuche, 2008).

Los humanistas-existencialistas consideran que la personalidad se concentra en un todo, esto es en oposición de los comportamientos independientes que constituyen la personalidad (Hernández, 2011).

Según la Gestalt, la personalidad se desarrolla continuamente, no es una entidad fija como considera el psicoanálisis, ni se define exclusivamente por el comportamiento, sino que está relacionada a la percepción que tiene el ser humano en relación a su entorno (Seelbach, 2012).

El modelo cognoscitivo considera a la personalidad como el resultado de la organización cognoscitiva única que la persona tiene del mundo, esto es, las acciones de una persona influye en su perspectiva (Hernández, 2011).

Dentro de las teorías conductuales, Skinner plantea que la personalidad se estudia como la estructura global encargada de organizar todas las conductas del sujeto. Menciona que la conducta está regida por las leyes que solo conociéndolas y estableciendo control sobre ellas pueden ser modificadas (Usuche, 2008).

Tipos de personalidad

Personalidad tipo A

Los individuos con patrón de conducta tipo A tienden a reaccionar con la vía automática, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal; corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia (Usuche, 2008).

Suelen estar bastante desconectados de su vida interior, lo que los lleva a tener dificultad en conocer y expresar sus emociones; su vida gira en torno al trabajo, al logro y al éxito, tienen una gran implicación en el trabajo, el rendimiento y los resultados finales y asumen el descanso o el ocio como pérdida de tiempo (Álvarez, Benavides, Bueno, Cuadros, Echeverri, Gómez, et al., 2006).

Debido a su profundo sentido de impaciencia o urgencia en el tiempo, se ven obligados a involucrarse en más actividades de las que pueden abarcar y a un alto grado de empeño en la ejecución, siendo perfeccionistas e intolerantes, lo cual a menudo los lleva a la hostilidad. Intentan controlar el ambiente, el cual es percibido como hostil y amenazante (Hernández, 2011).

Dado que para estas personas su valía personal depende de sus logros y cualquier muestra de debilidad puede ser fatal, suelen tener un gran temor al fracaso, pues lo consideran un indicativo de su falta de valor personal (Álvarez, et al., 2006).

Estos sujetos tienen una respuesta automática al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. A su vez tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo otros factores de riesgo como obesidad, nicotinismo e hipertensión (Usuche, 2008).

Personalidad tipo B

El patrón de Conducta Tipo B se considera como “neutro”. Sus características son:

- a) Relajación
- b) Amistad
- c) Positividad
- d) Tranquilidad
- e) Plenitud temporal

Los sujetos con Patrón de Conducta Tipo B son en general tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles, el estado emocional es agradable por reducción de la activación placentera.

Además son sujetos de naturaleza poco combativa, proclives a instalarse en situaciones de subordinación y a aceptar ésta de forma tranquila, suelen tender a personas de aspecto bonachón (Hernández, 2011).

Susbiells (2009) propone otros rasgos de este tipo de personas:

- a) Expresan sus emociones constantemente
- b) No les preocupa la puntualidad
- c) Tienen un ritmo lento para la realización de las tareas
- d) Realizan una cosa a la vez
- e) Son pasivos
- f) Se les considera relajados y tranquilos
- g) Evitan las actividades de riesgo y los altos niveles de activación
- h) Organizan su tiempo de acuerdo a sus posibilidades
- i) Son poco competitivos

Este tipo de personalidad sufre muy poco de estrés y es muy criticada en su trabajo debido a la lentitud, a pesar de que los resultados que alcanza en sus tareas son excelentes.

Personalidad Tipo C

Uno de los constructos más estudiados ha sido el Patrón de Conducta Tipo C, ya que numerosas investigadores consideran que hay una relación significativa entre el cáncer y este patrón de conducta por lo que se hará mayor énfasis en este apartado.

El interés por el estudio sobre el patrón de personalidad tipo C se acrecenta por los siguientes datos según Suárez-Vera (2002):

- a) Se ha reportado que en un 80% de los casos de cáncer, la aparición o el desarrollo de la enfermedad están determinados por una serie de estilos de vida o hábitos como el tabaquismo o la alimentación. El control de los hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables puede salvar muchas vidas.
- b) Los estudios en psiconeuroinmunología han revelado la influencia del estrés y las emociones en el pronóstico de la enfermedad, y a la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer.
- c) Las personas con mayor inhibición emocional negativa están más predispuestas a padecer un tipo de neoplasia.

Los trabajos de Morris, Greer, Pettingale y Watson (1981 en Sebastian, Mateos & Bueno, 2005) se acercan a una línea consistente de investigación sobre la Personalidad Tipo C, término que utilizan estos mismos autores en 1980, aunque fueron Temoshok y Heller (1984 en Sebastian, Mateos & Bueno, 2005) quienes lo popularizaron y le dotaron de contenido, refiriendo a enfermos con melanoma maligno (Sebastian, Mateos & Bueno, 2005).

Temoshok (1985 en Viollaz, 2004) conceptualizó el Patrón de Conducta Tipo C como cooperativo, con poca expresión de opiniones, supresión de emociones negativas, particularmente la ira, que acepta o se subordina a autoridades extrañas. Propone el modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer, donde el foco de atención se centra en el tipo de respuesta que las personas emiten ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes.

Los tres factores psicológicos propuestos por este autor como fundamentales en la progresión del cáncer, bien individualmente, o en combinación son:

- a) Estilo de afrontamiento tipo C

- b) Expresión emocional
- c) Desamparo/desesperanza

Según Temoshok (1987 en Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000), los tres actúan, aunque en distintos momentos, tanto en la inclinación como en la progresión y recurrencia del cáncer.

Según Álvarez et al. (2006) el Patrón de Conducta Tipo C constituye la imagen especular del patrón A en cuanto constituye un conjunto de actitudes y comportamientos relacionados funcionalmente que se concretan en un estilo de interacción paciente, pasivo, apacible, actitud poco asertiva, conformista y de extrema cooperación y control de la expresión de las emociones negativas, en particular, de las indicadoras de agresividad.

Otras características que menciona Oblitas (2004) acerca del Patrón de Personalidad Tipo C son: sujetos racionales, distantes y anti emocionales. Además, considera que un rasgo importante del mismo es el estilo represivo de afrontamiento.

Para Viollaz (2004), el estilo de afrontamiento Tipo C es el resultado de una predisposición genética de patrones de interacción familiar, de tal modo que la persona aprende a enfrentar las dificultades inevitables, estresantes y posibles acontecimientos traumáticos, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. Así suprime las propias necesidades a favor de otras personas, trayendo como consecuencia la eliminación de manifestaciones emocionales negativas. El individuo da la impresión de ser cooperativo, asertivo, sosegado y sumiso. Este afrontamiento resulta efectivo para la homeostasis ambiental, facilitando las interacciones sociales no conflictivas. Es decir, el sujeto presenta una fachada de amabilidad, comprensión y paciencia, rara vez incurre en discusiones o conflictos con los demás, suele tener suficientes recompensas sociales para mantener su propia autoestima, esto le permite un buen ajuste psicológico.

Algunos autores retratan a esta personalidad como la “típica buena persona” que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto (Orjuela, Pimás, Culebras & Davidoch, 2005).

Otra de las características de la Personalidad Tipo C, tiene que ver con las situaciones de estrés vividas por los sujetos, pudiéndose tomar en consideración tres tipos de datos: un número superior de eventos estresantes vitales ocurridos (vinculados fundamentalmente a la pérdida de personas significativas), un escaso apoyo social con que se pudiera contar en éstas situaciones y, por último, unas determinadas estrategias de afrontamiento, en particular una estrategia represiva de afrontamiento que vendría caracterizada por la supresión de necesidades y sentimientos negativos (Sebastian, Mateos & Bueno, 2005).

Además Antón y Mosquera (2007) argumentan que los sujetos propensos al cáncer pueden enfrentarse al estrés con sentimientos de desesperanza, desamparo, depresión y represión de las reacciones emocionales. Tales personas informan no tener exabruptos de ira violentos, exhiben poca ansiedad y una fantasía vital pobre, comportándose de modo racional y falta de emoción.

En este sentido, Sebastian, Mateos y Bueno (2005), mencionan que los sujetos con personalidad Tipo C se caracterizan por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. Cuando la persona se ve sobrecargada por el estrés acumulado, se da cuenta de que no puede continuar, y tiende a reaccionar de tres modos diferentes:

- a) Comienza a cambiar y desarrolla un estilo más adecuado de afrontamiento de los acontecimientos estresantes.
- b) La fachada se derrumba y su desesperanza se hace manifiesta.

- c) Continúa utilizando el mismo patrón tipo c, lo cual le crea cada vez más tensión.

A lo largo de los años se han desarrollado diversos estudios respecto a esta personalidad. En España, un estudio realizado por Barreto en 1984 con mujeres con cáncer de mama (N=40) y mujeres sanas (N=40), llevó a los siguientes resultados: las mujeres con cáncer mostraban mayor responsabilidad, sentido del deber, dependencia de acción y decisión, menor ira, mayor conservadurismo y rigidez (Sebastian, Mateos & Bueno, 2005).

En otra investigación acerca de la relación que existe entre el Patrón de Conducta Tipo c y el cáncer de mama, se dividió a la muestra en tres grupos: mujeres con cáncer de mama, mujeres con cáncer de cérvix y mujeres sanas. Para medirlo se utilizó el cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C, los resultados obtenidos mostraron que los dos grupos de mujeres con cáncer (cérvix y mama), mostraban el mismo Patrón de Conducta Tipo C (Álvarez et al., 2006).

En una investigación realizada en Jalapa, Veracruz, cuyo objetivo general fue determinar si existe relación entre el Patrón de Personalidad Tipo C en 20 mujeres que padecen cáncer de mama y 20 mujeres con cáncer cérvico-uterino, se concluyó que luego de la aplicación del “Autoinforme de Personalidad tipo C”, se identificó el patrón de personalidad tipo C, con la misma frecuencia (100%) en mujeres con cáncer de mama y mujeres con cáncer cérvico-uterino, mientras que con el instrumento psicológico de “Factores de personalidad”, se identificó que el 55% de las mujeres con cáncer cérvico-uterino tiene el patrón de personalidad tipo A y el resto el patrón de personalidad tipo B, asimismo el 45% de mujeres con cáncer de mama reportó tener el patrón de personalidad tipo A y el resto el patrón de personalidad tipo B. El hecho de que en los resultados se reporte un 100% de patrón de personalidad tipo C en las participantes, revela que las mujeres con cáncer presentan un patrón caracterizado principalmente por intentar ponerse en el lugar de los otros y entenderlos, a pesar de sentir emociones negativas originadas por los mismos (Molina, Hernández & Sarquis, 2009).

Hernández (2011) realizó una investigación acerca de la Personalidad tipo C como predictor de enfermedades Oncológicas. Se trabajó con 120 sujetos de 35 a 60 años de edad, asignados a dos grupos: el primer grupo (control) estaba compuesto por 60 personas (30 hombres y 30 mujeres) que no tuvieran diagnóstico de cáncer y que en su familia tampoco tuvieran registro de algún caso, el otro grupo (experimental) estaba compuesto por 60 pacientes del Hospital Centro Médico Siglo XXI del área de oncología (30 hombres y 30 mujeres) que tuvieran diagnóstico de algún tipo de cáncer. En base a los datos obtenidos se concluyó que las personas con cáncer tienen una Personalidad Tipo C, dando evidencia para pensar que las personas que no tienen cáncer y obtuvieron puntajes altos en la prueba podrían desarrollar dicha enfermedad en el futuro.

Relación del patrón de conducta tipo C con cáncer

La relación entre Personalidad Tipo C y cáncer es un tópico relevante que cuenta con amplio número de investigaciones e interés de autores prominentes en el área de la personalidad; las diversas aproximaciones al tema han propuesto una relación causal, mediadora o inexistente entre ambas variables, sustentada en la definición de Personalidad Tipo C como patrón, estilo de afrontamiento general o específico (Cardona, Cristina & Díaz, 2013).

Esta relación entre supresión emocional y cáncer no es reciente, diversos autores han señalado que los individuos proclives al cáncer presentan bajas emociones negativas; encontrando que un bajo neuroticismo y una menor conciencia autonómica (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000).

Según Vinaccia (2006), las primeras investigaciones sobre el tema buscaron asociar el patrón de represión de la Personalidad Tipo C con el cáncer concluyendo que la supresión emocional contribuye de manera significativa al pronóstico de tumores. Entre las investigaciones con más aportación a este tema, tenemos las siguientes:

Morris y Greer en 1980, emplearon el término de Tipo C para referirse a un patrón de conducta proclive a desarrollar cáncer, definiéndolo como un estilo de comportamiento caracterizado por la supresión de emociones ante situaciones estresantes (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000).

Estudiaron en una muestra de N=160 mujeres antes de proceder a una biopsia mamaria, el tipo de expresión emocional (ira, hostilidad, etc.) y el número de eventos vitales estresantes ocurridos tanto en el grupo que fue diagnosticado posteriormente de cáncer (n=69), como en el grupo que recibió un diagnóstico de patología benigna (n=91). Con respecto al primer punto, Greer y Morris encontraron un mayor nivel de supresión de la ira en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, comparándolas con mujeres que habían recibido un diagnóstico benigno.

Estos mismos autores, pero ahora con la colaboración de Pettingale y Watson, volvieron a encontrar en las pacientes sometidas a biopsia de mama que posteriormente recibirían un diagnóstico de cáncer de mama (n=17), una menor expresión de sus emociones negativas, especialmente de la ira, comparando con el grupo control de mujeres que recibieron un diagnóstico benigno (n=33). También en esta muestra las mujeres aquejadas de cáncer de mama obtuvieron menores puntuaciones en la escala de Neuroticismo y en la de Ansiedad-rasgo que el grupo control de diagnóstico benigno, sobre todo en las pacientes más jóvenes, entre 40 y 49 años (Sebastian, Mateos & Bueno, 2005).

Años más tarde y con el objetivo de consolidar los resultados, este equipo trabajó con una muestra de mujeres con cáncer de mama en estadio 1 mastectomizadas (n= 30) comparándolas con mujeres sanas (n=27); los resultados obtenidos fueron que las mujeres con cáncer respondían con un estilo de afrontamiento represivo, incluso a nivel no verbal, y presentaban mayor control emocional, fundamentalmente de la expresión de la ira y ansiedad, informando incluso de sus mayores intentos por controlarse en diversas situaciones a las que se les sometió. En 1991, utilizando solamente una muestra de mujeres con cáncer

de mama en tratamiento, hallaron que la actitud de fatalismo ante la enfermedad, el control emocional, la desesperanza y la morbilidad psicológica estaban muy relacionadas (Molina, Hernández & Sarquis, 2009).

Wirsching y col. en 1982, a partir de una clasificación sobre el grado de expresividad emocional y de conducta armonizante (tendente a suavizar los conflictos interpersonales), compararon a mujeres que tras una biopsia mamaria fueron diagnosticadas de enfermedad maligna o benigna. Un alto porcentaje de mujeres con cáncer de mama, en comparación con el otro grupo, mostraron un nivel elevado de negación y supresión emocional, de racionalización, de conducta armonizante y de conductas altruistas y de autosacrificio.

Respecto a estos resultados, también Cooper y col. en 1981 pudieron constatar que en mujeres en espera de la biopsia mamaria, aquellas que luego recibieron un diagnóstico de cáncer de mama informaban enfadarse, llorar y expresar menos sus emociones que las mujeres con patología benigna. Otros datos a favor de la baja expresión de emociones negativas como la ira, hostilidad, etc, son los resultados que apuntan niveles más bajos en patrón de conducta tipo A en mujeres con cáncer de mama (Sebastian, Mateos & Bueno, 2005).

En un estudio prospectivo, Grossarth-Maticek, Kanazir, Schmidt y Vetter en 1982, encontraron que la conducta "racional y antiemocional" era predictiva de un posterior desarrollo de enfermedad cancerosa. En otras investigaciones Temoshok encontró de la misma manera que la baja emocionalidad se relaciona con un peor pronóstico (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000).

El equipo de Grossarth-Maticek y cols. llevaron a cabo un estudio prospectivo en Yugoslavia (N=1353 sujetos) y dos en Alemania (N=1026 y N=1537 sujetos respectivamente) con un seguimiento de diez años. Al comienzo de este periodo cada sujeto respondía a una serie de preguntas sobre hábitos saludables, rasgos de personalidad y variables médicas. Al finalizar este periodo se analizaron las

enfermedades sufridas o las causas de la muerte. Los resultados parecían mostrar que aquellos sujetos que puntuaron alto en racionalidad-antiemocionalidad, en desesperanza y en la necesidad de armonía (tendencia a la abnegación, autosacrificio, renuncia de sus necesidades, entre otros, con el fin de lograr relaciones personales armónicas), tenían más probabilidad de morir de cáncer, lo que llevó a afirmar a Eysenck que determinados rasgos de personalidad constituían un factor causal en la génesis del cáncer.

Aunque esto ha recibido importantes críticas metodológicas (se ha afirmado que no había pruebas contundentes de que las predicciones fueran hechas a priori y no a posteriori), los datos descriptivos que ofrecen estos autores sobre las personas que desarrollaron un cáncer parecen encajar bastante bien en el esquema general de una "personalidad propensa al cáncer": actitudes sociales marcadamente conformista, bien ajustados social y superficialmente, evitación de conflictos, poco asertivos, mostrando poca expresión emocional negativa, esforzándose por satisfacer las expectativas de los demás, poca fantasía, predisposición a la experiencia de desamparo y desesperanza, etc. (Sebastian, Mateos & Bueno, 2005).

En un estudio realizado en Madrid realizado por Sebastian, Mateos y Bueno (2005), se pudo comprobar la relación que existe entre dos características de la Personalidad Tipo C-Racionalidad y Necesidad de Armonía- y la aparición del cáncer de mama. En el estudio prediagnóstico, las mujeres que iban a recibir posteriormente un diagnóstico de cáncer de mama utilizaban, diferencialmente con respecto a otros grupos diagnósticos, la racionalización y la lógica para huir de los conflictos interpersonales, siendo precisamente el componente más negativo (subescala de Defensividad Emocional), el que marcaba las diferencias. Por lo tanto, se señala con ello la falta de expresión de emociones negativas o antiemocionalidad que caracteriza a la personalidad Tipo C. Por otra parte, en la Necesidad de Armonía, su aspecto negativo de autosacrificio parece

responsabilizarse de gran parte de las diferencias encontradas, esto sobre todo en mujeres con hijos

Con base a las aportaciones que han dejado anteriores investigaciones y al conocimiento que tenemos de características de la Personalidad Tipo C, se pueden ahora relacionar con las características que los investigadores han encontrado en pacientes ya diagnosticados con cáncer. Green y Shellenberger, describieron las características de la personalidad de pacientes con cáncer (en Arbizu, 2000):

Posibles factores de personalidad predisponentes al cáncer

Estilo interpersonal

- a) Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno
- b) Aceptar la autoridad
- c) Docilidad y lealtad

Temperamento

- a) Depresión
- b) Indefensión/ desesperanza
- c) Fatiga

Estilo emocional

- a) Tranquilidad
- b) Supresión de emociones negativas

Estilo cognitivo

- a) Aceptación estoica
- b) Racional, leal a la realidad
- c) Pesimismo

Factores sociales

- a) Soledad
- b) Carencia de apoyo social
- c) Carencia de intimidad

Además, los terapeutas que trabajan con este tipo de pacientes aportan descripciones según Stierlin (2003) acerca de la personalidad de los mismos, considerándolos como: personas que se exigen demasiado constantemente, represores de sentimientos, depresivos, evitan conflictos, aspiran a la armonía prefiriendo la resignación y evitan ser compulsivos.

En un estudio de carácter descriptivo-analítico en un Grupo Básico de Trabajo, se concluyó que todos los pacientes puntúan en ansiedad alta al aplicarles el Idare, y prevalece un número de casos con diagnóstico de alto nivel de ansiedad, que refieren síntomas de depresión neurótica concomitando. Poco más de la mitad de los casos entrevistados niega todo conflicto no resuelto con los que convive, desde antes del diagnóstico de la enfermedad; sin embargo, no es despreciable la cifra de los que sí lo reconocen. Se nota que hay un denominador común: la pérdida o el temor a la pérdida de "algo" que tiene sentido personal para el paciente (Pérez, 2005).

En un estudio realizado con N=40 pacientes diagnosticados de cáncer de mama, colon o pulmón en estadios no metastáticos, se encontró que los pacientes deprimidos presentaron con una frecuencia significativamente mayor, estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha frente al grupo control (Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora & Castelo, 2007).

Otra investigación menciona que el 25% de los pacientes diagnosticados con cáncer manifiestan síntomas de ansiedad o en el 21% de los casos cumple con criterios de Trastorno Adaptativo Ansioso (Velázquez, Vázquez & Alvarado, 2009).

Dichas características encontradas en estos pacientes, son consistentes con los datos previos en la literatura de la Personalidad Tipo C. Así, la investigación sistémica sobre la personalidad propensa al cáncer no solo se ajusta a la inexpressión de emociones negativas, diferentes autores como los mencionados

anteriormente, han hecho observaciones recientes de los trabajos empíricos pioneros sobre el tema abarcando también la exploración de otros conceptos como la depresión, la pérdida de una persona significativa, el desamparo/desesperanza y el deficiente apoyo social (Hernández, 2011).

Instrumentos

A partir de la teoría se han desarrollado diversos instrumentos que miden los patrones de conducta tipo A y C. Se describen a continuación algunos de ellos: cabe mencionar que no existen instrumentos que miden el patrón de conducta tipo B, ya que no se ha demostrado la influencia negativa de este patrón de conducta en la salud.

Escala de Personalidad Estudiantil Tipo A

Escala creada por Barraza (2008) en población mexicana. Está compuesta por 16 ítems los cuales se pueden responder mediante un escalamiento tipo Likert de frecuencia con cuatro valores. Están distribuidos en tres áreas: orientación al trabajo, competitividad e impulsividad/impaciencia. Se obtuvo una confiabilidad de .81 en alpha de Cronbach (Barraza, 2008).

Escala de Retiro de Patrón de Conducta Tipo A

La Escala Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) fue desarrollada por Rodríguez, Gil, Martínez, González y Pulido (1998) para población española. Está compuesta por 8 ítems con formato de respuesta de 1 a 5 puntos, con un coeficiente de confiabilidad Cronbach de .74 (Moyano, Icaza, Mujica, Núñez, Leiva, Vásquez et al., 2011).

Cuestionario de Actividad de Jenkins

El Cuestionario de Actividad de Jenkins, fue desarrollado por Jenkins, Zysanski y Rosenman (1979 en Solís-Cámara, Randeles & Covarrubias, 2003) para medir el Patrón de Conducta Tipo A en población española. Tiene 27 reactivos, su sistema de respuesta es tipo Likert con seis opciones en escala de intensidad graduada, indicando en el "1" que el individuo no se identifica en absoluto con la cuestión y el "6" que se identifica totalmente. Está dividido en tres constructos: urgencia temporal e impaciencia, competitividad y sobrecarga laboral. Tiene una confiabilidad total de alpha de Cronbach de .86 y para sus subescalas: urgencia temporal e impaciencia $\alpha = .70$, competitividad $\alpha = .84$ y sobrecarga laboral $\alpha = .75$.

Guía de Factores de Personalidad (GFP)

La "Guía de Factores de la Personalidad", desarrollada por Fernández (1988 en Torres, 2002) y adaptada en población mexicana por Torres (2002). Consta de 40 ítems con tres opciones de respuesta: falso, verdadero e indeciso. Tiene una confiabilidad test-retest de .81 y .86.

Escala de Estrés, Depresión y Patrón de conducta tipo A (EEDPA-II)

Desarrollada por Villalobos-Pérez, Echeverri-Echeverria, León-Sanabria, Brenes-Sáenz y Quirós-Morales (2004) en población Costarricense. Está compuesta por tres secciones: presencia de eventos estresores, alteraciones fisiológicas y depresión y conducta tipo A. El instrumento demuestra una confiabilidad alta ($\alpha = 0.92$). Se obtuvieron relaciones significativas entre cada factor y en la relación factores-Escala total.

Escala de Racionalidad/Defensividad emocional

Fue realizada por Spielberger (1988 en López, Esteve, Ramírez & Anarte, 1998) y traducida y adaptada a población hispanoparlante por Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz, Sebastián y Spielberger (1997 en López, Esteve, Ramírez & Anarte, 1998). Consta de 12 ítems, cuya respuesta oscila de acuerdo a una escala

de cuatro puntos (desde 1= casi nada, a 4= casi siempre), se agrupan en dos factores: el primer componente, Defensividad emocional, explica el 29% de la varianza y el segundo, Racionalidad, explica el 22.84 % de la varianza. El coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de la escala general fue de .83 y de .76 y .77, respectivamente, para cada una de las subescalas.

Escala de Necesidad de Armonía

Fue realizada por Spielberger (1988 en Sebastián & Miret, 2009). Consiste en 12 items agrupados en dos subescalas: subescala de relaciones armoniosas y la subescala de autosacrificio. Esta escala posee una alta consistencia con un coeficiente alpha de Cronbach que oscila entre 0.83 y 0.74.

Inventario breve de reacciones interpersonales

Fue realizada en 1990 por Grossart-Maticek y Eysenck (en Martínez-Correa & Reyes del Paso, 2007) y validada en población española por Martínez Correa y Reyes del Paso (2007).Consta de 70 ítems con formato de respuesta tipo Likert (0=nada o poco de acuerdo, 1= algo de acuerdo, 2= bastante de acuerdo, 3= muy de acuerdo, 4= totalmente de acuerdo). Cada escala del instrumento es referida a un tipo de personalidad específico.Los coeficientes de alfa de Cronbach de cada una de las escalas del SIRI se sitúa entre 0.88 y 0.75.

Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (PCTC)

Para medir la variable Patrón de Conducta Tipo C en este estudio, se utilizó la versión adaptada en población colombiana del *Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C* (PCTC) (Amaya, Gordillo & Restrepo-Forero, 2006). La confiabilidad total de la prueba es de .78. Consta de 26 ítems distribuidos en 5 factores: Control emocional ($\alpha = .76$), Racionalidad ($\alpha = .67$), Represión emocional ($\alpha = .81$), Necesidad de armonía ($\alpha = .63$) y Comprensión ($\alpha = .64$) con respuesta dicotómica (Si/No). Una

puntuación mayor a la mediana (13 puntos) indica un Patrón de Conducta tipo C. Para medir la validez se realizó un análisis factorial donde estos factores explican el 52.30% de la varianza. (Ver anexo 1).

Como puede observarse, la personalidad y la conducta son factores que tienen gran influencia en el organismo físico del ser humano, sobretodo en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. En este caso se hace evidente el impacto del patrón de conducta tipo C en el cáncer; sin embargo, esta enfermedad se asocia también con otros factores psicosociales, tales como el estrés y el afrontamiento de éste, por lo que se presenta a continuación un capítulo que ahonda más en este tema.

Capítulo 3. Afrontamiento del estrés

En este capítulo se define el estrés y el afrontamiento del estrés, se presentan teorías que explican el estrés como estímulo externo, una respuesta fisiológica y como una transacción entre el individuo y el medio que le rodea. Además, se referencian estudios que demuestran la influencia del estrés y de las formas de afrontamiento en el desarrollo del cáncer. También se mencionan algunos instrumentos que miden tanto el estrés como las formas de afrontamiento.

Definición

En la actualidad en México el fenómeno del estrés ha llegado a ser un problema que afecta a la sociedad en general. Etimológicamente el término “stress” es de origen anglosajón y significa “tensión”, “presión”, “coacción” (Caldera, Pulido & Martínez, 2007).

El estrés se define como la inmensa reacción emocional a una serie de estímulos externos que activan respuestas fisiológicas y psicológicas de la naturaleza adaptativa. Si los esfuerzos del sujeto fallan porque el estrés supera la capacidad de respuesta, el individuo es vulnerable a la enfermedad psíquica, la somática o ambas (Galimberti, 2009).

Por otro lado, Ortega y Pérez (1996 en Bedoya, Perea & Ormeño, 2006), define el estrés como el mecanismo general del organismo para adaptarse a todas las influencias, cambios, exigencias y tensiones a los que podía estar expuesta la persona, siendo común en todos estos procesos la forma como el cuerpo trata de adaptarse. El estrés surge como consecuencia de percibir ciertos acontecimientos como amenazantes y esta percepción está influida por las características particulares de cada individuo, lo que explica porque un mismo fenómeno resulta estresante para algunas personas y para otras no. Constituye uno de los factores psicosociales más estudiados en la actualidad, especialmente por su relación con

la aparición de cierto tipo de enfermedades, el manejo y adaptación a situaciones difíciles y el desempeño en general.

Teorías

Dentro de las teorías que explican el estrés la más aceptada actualmente es la Teoría transaccional del estrés desarrollada por Lazarus y Folkman (1984 en González & Landero, 2008) en la que se considera al estrés como:

- a) Una respuesta del individuo (incluye la activación del sistema simpático, liberación de cortisol y catecolaminas, ansiedad, ira, etc.), en este caso el estrés actúa como una variable dependiente.
- b) Un fenómeno del medio que rodea al individuo (como el ruido excesivo, las discusiones, la estimulación dolorosa, etc.), en este caso el estrés se considera una variable independiente.
- c) Una transacción (o interacción) entre el individuo y el medio que lo rodea (como proceso).

De acuerdo a esta teoría, el estrés no es netamente provocado por un estímulo externo, sino que se refiere a una interacción entre la percepción del sujeto y el estímulo real, es decir, una situación va a ser estresante para el individuo cuando perciba esta como algo inmanejable o que no puede resolver con los recursos propios, o bien, que representa una amenaza para su bienestar o integridad.

Para Lazarus y Folkman (1984 en González & Landero, 2008) el aspecto cognitivo es crucial para que el estrés surja en un individuo, y esto lo hace mediante la evaluación de una situación, dicha evaluación se divide en tres tipos: primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria es la que se produce en cada interacción con algún tipo de demanda interna o externa y esta puede derivar en cuatro modalidades de

evaluación: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio; esta última no produce reacciones de estrés.

La evaluación secundaria se refiere a la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación y la reevaluación implica una retroalimentación y permite realizar correcciones respecto a valoraciones anteriores.

Basado en la teoría transaccional del estrés y en el modelo procesual del estrés de Sadín (1999 en González & Landero, 2008), González y Landero (2008) desarrollan un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos (Ver figura 10). Dicho modelo refiere que en presencia de los estresores, un sujeto puede o no percibir estrés y esto va a depender de la valoración que haga de sí mismo (autoestima y autoeficacia), del apoyo social que percibe y de la valoración de la situación (como amenazante, desafiante o de daño o pérdida). Además se asocia a las variables sociodemográficas con la percepción de estrés y los síntomas psicossomáticos. Cuando una persona percibe estrés se generan respuestas emocionales y conductuales que a su vez provocan síntomas psicossomáticos.

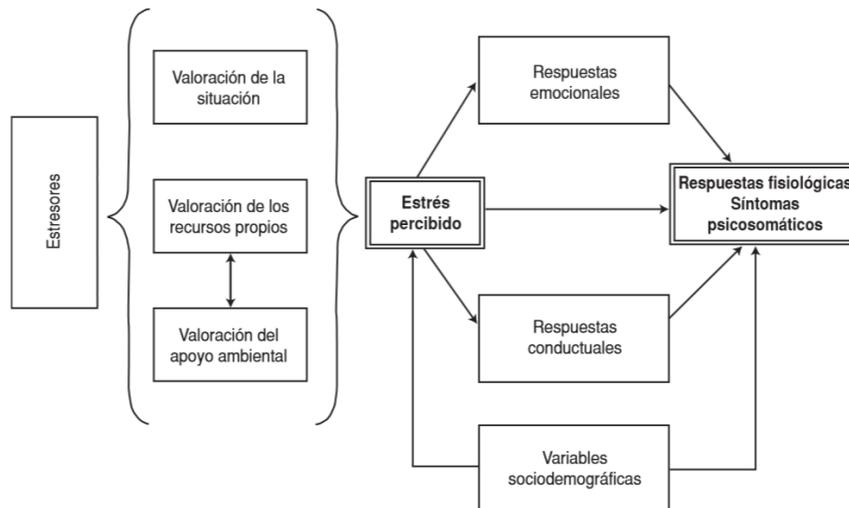


Figura 10. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos (González & Landero, 2008).

De acuerdo a estas teorías, el estrés genera una activación fisiológica importante que directa o indirectamente daña la salud del sujeto, por lo que se considera importante estudiar esta variable como factor de riesgo en enfermedades crónicas degenerativas, una de ellas y que cobra gran relevancia en la actualidad es el cáncer, a partir de esta idea, Arbizu (2000) plantea que el estrés puede influir de manera directa o indirecta en el desarrollo del cáncer, de manera directa se relaciona con la activación fisiológica que en exceso causa daño al sistema inmunológico por lo que el cuerpo se vuelve vulnerable a la enfermedad, o bien puede influir de manera indirecta provocando cambios en la conducta de salud y los estilos de vida que predisponen a la enfermedad. Ante el estrés las personas pueden llevar a cabo conductas perjudiciales, que van desde consumir sustancias nocivas hasta evitar los procedimientos y tratamientos médicos, en los que se puede ver inmersa la revisión regular ginecológica lo que en cierta forma deja vulnerable a la persona ante cualquier enfermedad.

Existen múltiples estudios que han demostrado la relación directa entre el estrés y el desarrollo del cáncer. Uno de ellos consistió en estudiar a parejas y resultó que cuando uno de ellos presentaba cáncer, la pareja había sufrido con antelación un estrés emocional crónico durante un largo periodo de tiempo (Goldfarb, 1967 en Flores, 1994). Uno más demostró que en una muestra de mujeres con cáncer presentaban, en su mayoría, traumas en la infancia o adolescencia que había desencadenado un estrés crónico (Smith & Sebastián, 1976 en Flores, 1994).

Otro estudio sugiere que a partir de la segregación de hormonas a consecuencia del estrés, se puede desarrollar cáncer de mama y de próstata. Mientras que el cáncer cérvico-uterino se relaciona al estrés debido a la depresión del sistema inmunológico que permite la proliferación de infecciones y virus, en este caso, el VPH (Sirera, Sánchez & Camps, 2006). Además, se comprueba la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer en el incremento de supervivencia a partir de la disminución de metástasis y de la normalización

inmunológica (Fawzy, 1993; La Raja, 1997; Spiegel, 1989; en Sirera, Sánchez & Camps, 2006).

Sin embargo, se ha empezado a dejar los estresores *per se* de lado, ya que se ha descubierto que en muchas ocasiones no es el estresor lo que hace que el cáncer surja o avance más rápido, sino la forma en que el individuo afronta estas situaciones estresantes, por lo que se establece que el verdadero factor de riesgo para el cáncer es el afrontamiento del estrés (Flores, 1994).

El Afrontamiento del estrés se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para tratar tanto las demandas generadoras del estrés como el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sadín, 1995 en Sadín & Chorot, 2003).

A partir de este descubrimiento, se empezaron a desarrollar estudios que verificaran esta hipótesis. Uno de ellos es el desarrollado por Sadín, Chorot, Segura y Pardo (1988 en Sadín & Chorot, 2003) cuyo objetivo fue determinar la relación entre la forma de afrontamiento del estrés y la sintomatología somática, se obtuvo una relación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones de Evitación, Aceptación resignada y Descarga emocional; y la sintomatología somática. Mientras que la correlación fue negativa entre las dimensiones de Solución de problemas y Análisis lógico; y la sintomatología somática.

Otro estudio demostró que las dimensiones Afrontamiento focalizado en la emoción y Evitación presentan una correlación positiva con los tipos no saludables de reacción al estrés; y una relación negativa con los tipos saludables. Mientras que la dimensión Centrada en el problema se correlaciona negativamente al tipo no saludable y positivo al tipo saludable (Sadín, Chorot, Santed & Jiménez, 1994 en Sadín & Chorot, 2003).

Síntomas y criterios

El estrés se caracteriza por una fase de alarma, donde se presentan modificaciones bioquímicas hormonales; una fase de resistencia, en donde el organismo se organiza funcionalmente en sentido defensivo, y finalmente una fase de agotamiento en la que se produce el derrumbe de las defensas y la incapacidad para adaptarse posteriormente (Galimberti, 2009).

De acuerdo a Selye (1976 en Galimberti, 2009), para que el estrés surja debe haber ciertos requerimientos, empezando por la amplia gama de estímulos, llamados agentes estresores, que van desde los estímulos físicos (p. ej. Calor, o frío), hasta los esfuerzos musculares, la actividad sexual, los estímulos emocionales, entre otros. Mientras que la respuesta biológica es consecuencia de la reacción defensiva del organismo que consiste en la activación del eje hipotálamo-hipófisis-ACTH(hormona producida por la hipófisis que estimula a las glándulas suprarrenales)-corteza suprarrenal, donde se liberan en círculo los corticosteroides (hormonas implicadas en la respuesta fisiológica del estrés).

Los síntomas, de acuerdo a Mason (1971 en Galimberti, 2009) se clasifican en

- a) Físicos: Frecuencia cardiaca acelerada, respiración rápida, sudoración, temblores, mareos, problemas gastrointestinales, dolor de cabeza, tensión muscular, etc.
- b) Psicosociales: dificultades interpersonales, sociales o individuales (p. ej. La soledad, abandono, fracaso laboral, etc.).
- c) Psicológicos: pérdida de memoria, sentimiento de incapacidad, bloqueo cognitivo, entre otros.
- d) Emocionales: Ansiedad, culpa, ira o depresión.
- e) Conductuales: tics nerviosos, hábitos poco saludables (p. ej. Comer demasiado durante una crisis de estrés, hypersomnia, liberación de impulsos agresivos, etc)

El estrés como factor de riesgo del cáncer de mama

En el desarrollo del cáncer de mama existen factores de riesgo que salen del control propio (tales como el sexo, la raza, los antecedentes personales de cáncer de mama, entre otros) y algunos que se pueden controlar, tales como el peso, la dieta, el ejercicio, el consumo de alcohol, tabaco y anticonceptivos hormonales, así como el estrés y la ansiedad (Breastcancer, 2013).

Rodríguez y Capurso (2006) en un artículo de epidemiología del cáncer de mama sugiere que el estrés es un factor de riesgo de esta enfermedad clasificándola en el apartado de factores ambientales, junto a la actividad física, la ingesta de café, tabaco y alcohol y el consumo de medicamentos (como la reserpina y el diazepam); de acuerdo a estos autores, el conjunto de estos factores aunado a los hábitos de una población urbana, generan sobrepeso u obesidad, lo cual se relaciona con altas concentraciones de estrógenos y sulfato de estrona aumentando así la posibilidad de cáncer de mama.

Por otro lado, Sirera, Sánchez y Camps (2006) plantean que el estrés tiene una relación directa con el cáncer de mama debido a la segregación de hormonas que sucede durante una situación de estrés, el aumento en la cantidad de hormonas se relaciona estrechamente con el desarrollo de tumores en los senos.

Para reducir este factor de riesgo (el estrés), se recomienda mejorar el bienestar, mediante “ejercicios de conciencia”, tales como la meditación, el yoga, ejercicios de visualización, entre otros (Breastcancer, 2013).

El estrés como factor de riesgo del cáncer cérvico-uterino

El estrés como factor de riesgo del cáncer cérvico-uterino actúa a diferentes niveles, uno de ellos es el estrés como respuesta fisiológica, tal y como se comprueba en un estudio realizado por Fang, Miller, Bovbjerg, Bergman, Edelson, Rosenblum, et al. (2008 en IntraMed, 2008) en el que se plantea que el VPH no causa el cáncer cérvico-uterino por sí solo, en la mayoría de las mujeres sanas el virus desaparece

con el tiempo mientras que sólo un pequeño porcentaje de mujeres este virus evoluciona hasta convertirse en lesiones precancerosas o cáncer. Dicha evolución del virus sucede debido a un sistema inmunológico incompetente, es aquí donde el estrés juega un papel importante. En esta investigación se demostró que a mayor nivel de estrés diario percibido, mayor propensión a una respuesta del sistema inmunológico insuficiente ante el VPH, lo que conlleva al desarrollo del cáncer cérvico-uterino.

Esta idea es compartida con otros autores como Sirera, Sánchez y Campos (2006), quienes en su estudio plantean que el estrés en exceso provoca una disminución en la función del sistema inmunológico, permitiendo así la proliferación de virus e infecciones en el organismo, la proliferación del VPH en el caso del cáncer cérvico-uterino.

Por otro lado el estrés también puede ser un factor de riesgo indirecto del cáncer cérvico-uterino, esto mediante la no realización de los estudios pertinentes para detectar este padecimiento, tal como se demostró en un estudio realizado en Perú en el que se encontró que las mujeres no acuden a realizarse el Papanicolaou debido al temor, estrés y vergüenza que éste les produce. De acuerdo a esta investigación, la mayoría de las mujeres que presentan la reacción de estrés y temor al Papanicolaou presentan un nivel bajo de conocimiento respecto con este procedimiento y la enfermedad en sí, además de formar parte de ciudades de provincia, no tener embarazos previos, no haberse realizado el Papanicolaou previamente y ser adolescentes (Castro, Morfin, Sánchez, Roca, Sánchez & Williams, 2005).

Y finalmente el estrés como factor de riesgo de un pronóstico poco favorable en pacientes con cáncer cérvico-uterino, tal como se demuestra en el estudio de Montiel, Urquidi y Gálvez (1999 en Méndez & Salazar, 2006) donde se encontró una relación significativa entre los estilos de afrontamiento pasivos y niveles altos de ansiedad con un ajuste psicosocial pobre en pacientes con cáncer cérvico-uterino, lo cual conlleva a un pronóstico negativo sobre su enfermedad.

Instrumentos

Escala de estrés percibido (EES-14) desarrollado por Remor (2006). Es una escala que consta de 14 puntos que evalúan la percepción de estrés durante el último mes, con una escala tipo Likert de cero a cuatro, donde se puede obtener una puntuación de cero a 56 puntos, a mayor puntaje, mayor nivel de estrés percibido.

El Ways of Coping Questionnaire (WCQ) es un cuestionario que permite obtener información acerca de las estrategias de afrontamiento que los individuos emplean cuando se encuentran en situaciones de estrés. Fue desarrollado por Folkman y Lazarus (1988) y se compone de ocho dimensiones: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la responsabilidad, Escape-evitación, Planificación de solución de problemas y Re-evaluación positiva.

Escala de Estrategias de Coping (EEC) desarrollada por Chorot y Sadín (1987), se compone de 90 ítems que se distribuyen en 9 dimensiones: Análisis lógico, Redefinición cognitiva, Evitación cognitiva, Búsqueda de información o consejo, Acciones de solución de problemas, Desarrollo de refuerzos alternativos, Regulación afectiva, Aceptación resignada y Descarga emocional; las cuales se dividen en 3 categorías generales: Evaluación cognitiva, El problema y La emoción.

Inventario de Moos, desarrollado por Billing y Moos (1981 en Rodríguez, 2009). Divide los estilos de enfrentamiento en: Resolución de problemas, Búsqueda de guía y apoyo, Aceptación o resignación, Análisis lógico, Contención emocional y Evitación cognitiva.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) desarrollado por Sadín y Chorot (2003). Adaptado a población mexicana por González y Landero (2007). El Cuestionario mide 7 factores: Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta, Religión, Focalizado en la solución del problema, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva.

Este capítulo denota el impacto que tiene el estrés en el desarrollo de enfermedades como el cáncer, por otro lado, hace énfasis en los estilos de afrontamiento del estrés que resultan muy importantes tanto en efecto fisiológico como en la toma de decisiones, lo cual se puede relacionar a la decisión preventiva, en este caso de la realización de los estudios pertinentes para la detección precoz del cáncer de mama y/o cérvico-uterino, lo que resulta vital para la cura de estas enfermedades. Es por esto que, este estudio también contempla algunas barreras psicosociales que impiden que las mujeres se realicen dichos estudios.

Capítulo 4. Barreras socioculturales

En este capítulo se define el concepto de barreras socioculturales que influyen en la realización de las conductas de salud, se explican modelos teóricos que describen las principales barreras socioculturales, haciendo especial énfasis en la teoría del Dr. Betancourt. Se presentan también, el instrumento que mide esta variable.

Definición

Se refieren a los obstáculos que influyen en el comportamiento preventivo de salud, así como los procesos psicológicos (Betancourt, Flynn, Riggs & Garberoglio, 2010).

Teorías

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos (Wiesner, 2007).

En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a los servicios de salud. El acceso depende de factores propios de la población, la organización y otorgamiento de los servicios y las relaciones entre ellos. El escaso uso de los servicios en caso de necesidad por parte de la población es evidencia de las barreras, las cuales pueden ser geográficas, culturales, económicas, funcionales, de información, legales y de género (Frenk, 1985).

La falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención. En el caso de la

información, la insuficiencia y la falta de canales eficaces de difusión han sido elementos vinculados con el diagnóstico tardío. Esta falta de información puede promover percepciones vagas y abstractas, sea por parte de mujeres o de sus familias (Sanches & Dos Santos, 2007).

Respecto de la relación con los prestadores de servicios, diversos estudios describen la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del personal de salud en (particular de los médicos) para determinar el diagnóstico oportuno del trastorno mamario. Asimismo, las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud y pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos (exploración de la mama y mamografía) (Cumpián-Loredo, 2000).

La bibliografía ha mostrado además diferentes casos de barreras sociales y culturales que impiden el acceso de las pacientes a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer de mama. Algunos de ellos se relacionan con miedos y temores a sufrir, morir, abandonar a los hijos, dejar de ser objeto de deseo, perder al esposo; tabúes sobre la incurabilidad del cáncer, percibirlo como sinónimo de muerte; y la generación de sentimientos de angustia, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección en el seno familiar (Alcaraz, Lluch, Miranda, Pereiro & Salas, 2002).

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública (2009), cuyo objetivo fue identificar las barreras sociales y culturales de los servicios de salud que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama en el DF y en Oaxaca, se identificaron inicialmente barreras de acceso a los servicios en: a) disponibilidad de información para la población general; b) entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos de primer contacto; y c) temores de la pareja y familia. Las barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias deficiencias en la difusión de información tanto a la población en general como a los proveedores de servicios de salud (Nigenda, Caballero & González-Robledo, 2009).

En un análisis realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se encontró que los profesionales de la salud no ofrecen el examen clínico de mama por barreras socioculturales y psicológicas presentes en las mujeres, quienes no solicitan el examen a los médicos. Además, los médicos manifestaron temor hacia la interpretación de las usuarias, las posibles situaciones de queja y las fallas del sistema institucional: falta de enfermera, de ligar adecuado para la exploración y de tiempo. Por su parte, las mujeres expresaron mala atención, maltrato por el médico tratante y la falta de confianza en éste y de información. Se distinguieron barreras psicológicas, sociales, culturales e institucionales; en los médicos: el sexo, la falta de conocimiento y el tiempo, entre otras; por parte de las mujeres pudor y vergüenza por mostrar el cuerpo y los senos, y falta de información (Torres, 2006).

Una investigación realizada en el Instituto Nacional de Salud Pública para la detección temprana del Cáncer de Mama, arrojó como barreras económicas y de acceso geográfico la falta de recursos económicos para trasladarse a la clínica, y la falta de aseguramiento a alguna institución como motivo de abandono de tratamiento; como barreras culturales se identificaron el miedo a la enfermedad, el papel de cuidadoras, tabúes con relación al cuerpo, miedo a que se destruya la familia y la poca información existente acerca del cáncer de mama (González, Nigenda, Caballero & González-Robledo, 2009).

Otra investigación que tuvo como muestra a N=13 mujeres del Distrito Federal y de Oaxaca, cuyo objetivo fue identificar las principales barreras socioculturales de acceso a los servicios diagnósticos, dividiendo el estudio en tres principales barreras: información disponible en las instituciones de salud y fuera de ellas, relación que las mujeres tienen con sus médicos tratantes, y la relación con las parejas) dio como resultado que la información disponible en las instituciones de salud y fuera de ella es escasa, principalmente la que se refiere a los síntomas físicos del cáncer de mama y al método detallado de la autoexploración mamaria por lo que la mayoría no se practica dicha revisión. Respecto a la relación con los médicos tratantes, la mayoría explicó que prefieren que ellos realicen la exploración

mamaria una vez al año, cuando se encontraban en la realización periódica del Papanicolaou, por lo que se deduce que prefieren delegar la responsabilidad al médico, aunque también la mayoría de las mujeres considera que es necesario que los médicos se actualicen y presten mayor atención a los síntomas que presentan las mujeres ya que reportan casos donde la negligencia médica y costado meses de tratamientos obsoletos y perjudiciales. Finalmente con respecto a la relación con sus parejas después del diagnóstico, el estudio indica que todas las parejas de las mujeres del estudio mostraron su apoyo desde el diagnóstico hasta el tratamiento, sin embargo, cabe mencionar que las dificultades fueron muchas, sobretodo en el cuidado de los hijos y el costo de los tratamientos y estudios (Nigenda, Caballero & González-Robledo, 2009).

Por otro lado, en un estudio donde participaron N=47 usuarias de los servicios públicos de salud y N=29 médicos y enfermeras, se encontró que las principales barreras son: a) el saber popular de que las mujeres deben preocuparse por los demás antes de hacerlo por ellas mismas; b) que normalmente las decisiones de asistir o no al médico a una revisión ginecológica se ven influenciadas por las personas que le rodean y desgraciadamente la mayoría de las veces dichas personas han tenido malas experiencias con el sistema de salud, por lo que las mujeres al acudir al médico esperan: mala atención, largos tiempos de espera, falta de información e incluso maltrato y abuso por parte de los médicos, y al no tener opción en elección de médicos debido a la cuestión económica o de seguro médico, la mayoría prefiere evitar las visitas al médico y c) en muchas ocasiones los médicos varones no tienen el tacto ni el respeto para solicitar una exploración mamaria, por lo que las usuarias mencionaron preferir la atención de una médica cuando se trata de este estudio. Finalmente menciona que algo que facilita que las mujeres se hagan los estudios pertinentes y acudan regularmente a revisión es una relación médico-paciente donde se haya establecido un vínculo de aceptación, respeto y confianza (Poblano-Verástegui, Figueroa-Perea & López-Carrillo, 2004).

El modelo de Betancourt fue adaptado para el comportamiento de la salud. Para el propósito de este estudio la cultura se define en términos que son relevantes para el comportamiento de salud y son susceptibles en la medición tales como las creencias socialmente compartidas, valores, normas y prácticas. El modelo especifica como la cultura se relaciona con la conducta de salud y mediar factores psicológicos, así como a la población categorías concebidas como fuentes de variación cultural (Betancourt & Fuentes, 2001; Betancourt, Hardin & Manzi, 1992; Betancourt & López, 1993 en Betancourt & Flynn, 2009).

Por lo tanto, además de las asociaciones entre las percepciones y las reacciones emocionales ante los malos tratos y la continuidad de la atención de la detección del cáncer de los pacientes, este estudio investigo la naturaleza de las relaciones entre la etnicidad, la edad, las creencias culturales sobre la asistencia sanitaria, los profesionales, las percepciones de los malos tratos de salud, las emociones relacionadas y continuidad de la atención de detección de cáncer (Flynn, 2005; McMillin - Williams, 2004 en Betancourt & Flynn, 2009).

Dicho modelo consta de cuatro determinantes del comportamiento (Betancourt & Flynn, 2009) (ver figura 11):

- a) Tipo de población: Se refiere a las categorías de la población que toman el rol de fuentes de variación cultural.
- b) Factores culturales: Están inmersas las categorías sociales o de población, como raza, origen étnico. La cultura influye en el comportamiento del personal de salud.
- c) Procesos psicológicos: Estos aspectos pueden estar ligados de manera directa o indirecta a través de la mediación psicológica con el comportamiento.
- d) Comportamiento saludable: Es una función de los procesos psicológicos y estos determinan y tienen una influencia mayor en la conducta y el comportamiento. En este determinante también se

encuentran asociados otros aspectos de la cultura como orientación de valores y creencias.

Este enfoque puede desarrollarse de dos maneras de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo. La primera se utiliza para identificar aspectos específicos y relevantes de la cultura que están relacionados con el comportamiento de la salud, los instrumentos pueden desarrollarse para medir los elementos y evaluar el grado en que los individuos apoyan estos factores. El segundo, parte de la teoría del comportamiento de la salud.

Por lo tanto, el modelo destaca que la cultura no sólo se trata de la raza u origen étnico, sino que influye fuertemente en los comportamientos de salud y de manera potencial media los procesos psicológicos. El último y común objetivo en ambos enfoques es la prueba de hipótesis en relación con el papel de la cultura, en los procesos psicológicos y las conductas de salud (ver figura 11).

Categorías de población Factores culturales Procesos psicológicos Comportamientos de salud

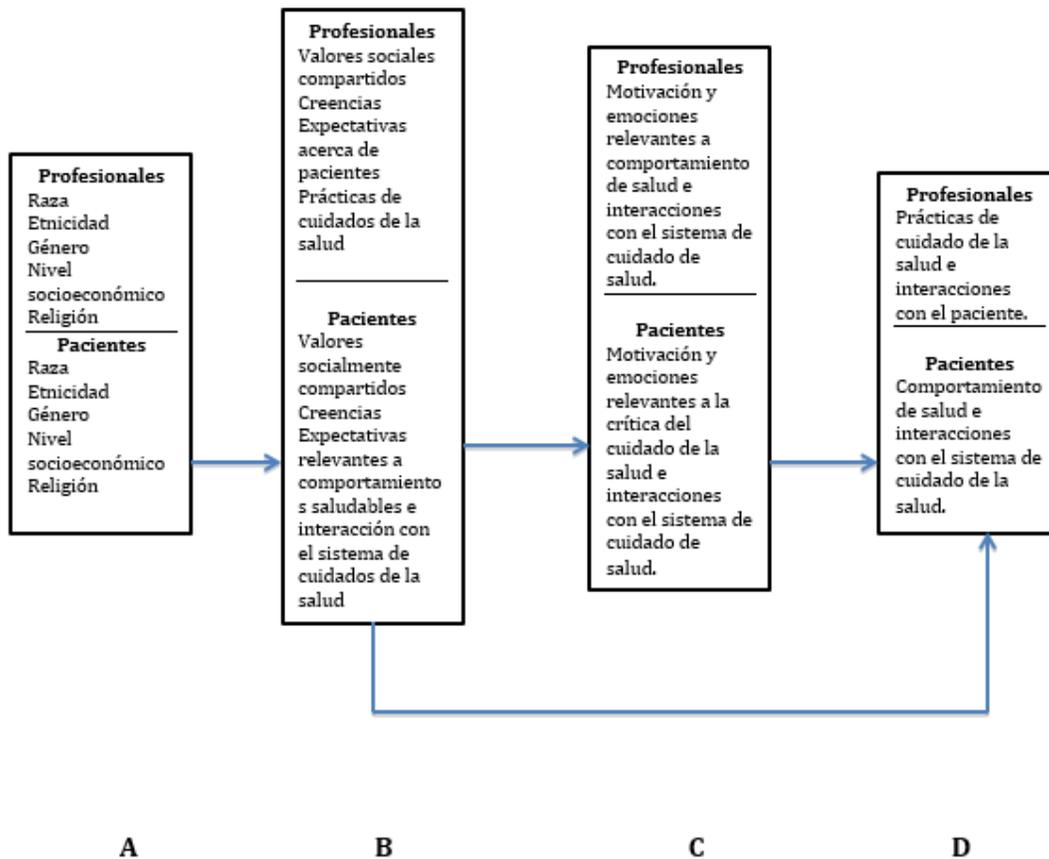


Figura 11. Factores relacionados con la realización de la conducta saludable (Betancourt & Flynn, 2010).

Basándose en el modelo antes descrito, León (2013) realizó una investigación en una población de mujeres de 20 años o más que acuden a los Centros de Salud de Pachuca, Hidalgo, con el objetivo de identificar las barreras socioculturales por las que las mujeres no acuden a realizarse la exploración mamaria. En dicho estudio se encontró que existe una relación significativa entre realizarse el estudio y los impedimentos socioculturales como las creencias

negativas acerca de los profesionales de la salud, también se encontró que tener niveles altos de emociones negativas y fatalismo puede tener un impacto negativo en el examen de cáncer de mama. Además, establece emociones como el miedo, la ansiedad y la vergüenza como emociones negativas asociadas a los exámenes de cáncer de mama.

Instrumentos

Entrevista cualitativa de Nigenda, Caballero y González-Robledo (2009)

Con esta entrevista se busca identificar las barreras que impiden el acceso y la utilización adecuada de servicios para la detección temprana del cáncer de mama en tres ámbitos: a) la disponibilidad de la información, b) la relación con los prestadores de servicio; y c) los patrones culturales de la interacción entre mujeres diagnosticadas y sus parejas.

Escala Cultural para la Detección de Cáncer

Para medir la variable de este estudio se utilizó la *Escala Cultural para la Detección de Cáncer* adaptada a población mexicana por León (2013). Consta de 29 ítems tipo Likert y mide cinco factores: Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad, Fatalismo en la detección de cáncer, Impedimentos socioculturales, Impedimentos sintomáticos y Creencias negativas sobre los profesionales de salud. Con una confiabilidad total de la escala de 0.84 y la alfa para los factores culturales se encuentran desde un rango de 0.66 a 0.90; Varianza total de 65.11%.

A través de este recorrido teórico se han identificado las variables de este estudio, mediante esta información se pretende dar a conocer un panorama general del problema de salud (cáncer de mama y cérvico-uterino) y de algunos factores de riesgo que incluyen variables tanto biológicas como sociales y psicológicas. Se hace mayor énfasis en las variables psicosociales debido a que actualmente son pocas las investigaciones científicas que consideran el aspecto psicológico y social como factores que influyen en las enfermedades físicas, por lo que este estudio pretende analizar dichas variables en el cáncer de mama y cérvico-uterino en una muestra de mujeres en edad de riesgo de padecer estas enfermedades.

Planteamiento del problema

Justificación

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y registraron 7.6 millones de defunciones (13% del total) en 2008. En población femenina se reporta al cáncer de mama como el segundo tipo de cáncer más común, presentado en 2008 la cantidad de 1.38 millones de casos nuevos diagnosticados (Breastcancer, 2013). Mientras que el cáncer cérvico-uterino provoca la muerte prematura de aproximadamente 274 000 mujeres cada año (SSa, 2012) y se detectan más de 500 000 al año (Torres, Bustamante, Torres, Oliva, Morales & Román, 2013).

En México el cáncer es la tercera causa de muerte sumando más de 128 000 defunciones al año y según datos del INEGI en 2009 la tasa de mortalidad por cáncer fue de 65 por cada 100 mil habitantes (SSa, 2013). En 2010 se reportaron 5 062 muertes por cáncer de mama y 3 959 por cáncer cérvico-uterino (Torres-Mejía, et al., 2012).

En Hidalgo, el cáncer se presenta como la tercera causa de muerte con la cantidad de 1 500 defunciones por año. En 2012 el INEGI declaró que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en población femenina, indicando que mueren 11.9 mujeres por cada 100 mil con este diagnóstico, mientras que el cáncer cérvico-uterino cobra la vida de 6.2 mujeres por cada 100 mil en el estado (INEGI, 2014).

Debido al alto índice de incidencia y mortalidad por cáncer de mama y cérvico-uterino, este estudio tiene como objetivo indagar en algunos factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales), considerando a la enfermedad como un problema de salud con causas biopsicosociales, en una muestra de mujeres de entre 20 y 59 años de edad de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

A partir de esta investigación se espera que puedan desarrollarse líneas de intervención biopsicosocial en los centros de salud, fortaleciendo la prevención a nivel psicológico (p. ej. Con talleres de manejo de estrés y tratamiento a los casos que presenten el Patrón de conducta tipo C), a nivel biológico (mediante la práctica regular de los estudios pertinentes para detectar el cáncer de mama y cérvico-uterino) y a nivel psicosocial (brindando información sobre la importancia del chequeo continuo y desmitificando creencias erróneas sobre estos tipos de cáncer).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación de los factores de riesgo (Patrón de Personalidad Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados a sintomatología de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo?

Capítulo 5. Método

Objetivo general

Relacionar los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados a sintomatología de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo.

Objetivos específicos

- Medir el Patrón de Conducta Tipo C en la muestra seleccionada.
- Identificar las formas de Afrontamiento del Estrés en la muestra seleccionada.
- Identificar las Barreras Socioculturales que impiden la realización de estudios preventivos de cáncer de mama y cérvico-uterino.

Hipótesis

Hipótesis estadísticas

H₀₁. No existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados a sintomatología de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo.

H₁₁. Si existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados a sintomatología de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo.

Definición de variables

En la tabla 1 se definen conceptual y operacionalmente las tres variables del estudio: Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales.

Tabla 1.

Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Patrón de Conducta Tipo C	“La Personalidad Tipo C en sí misma puede consistir tanto en un exceso de racionalidad como de antiemotividad. Se caracteriza por una tendencia a reprimir y negar emociones.” (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008, p. 178).	Se utilizó el <i>Cuestionario del Patrón de Conducta Tipo C</i> desarrollada por Anarte, López, Ramírez y Esteve (2000). Adaptada y estandarizada en población colombiana por Amaya, Gordillo y Restrepo-Forero (2006). El cuestionario tiene 5 factores: Control emocional, Represión emocional, Racionalidad, Necesidad de armonía y Comprensión (Ver anexo 1).
Afrontamiento del Estrés	“El concepto de Afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés.” (Sadín, 1995 en González & Landero, 2007, p. 189).	Se utilizó el <i>Cuestionario de Afrontamiento del Estrés</i> (CAE) desarrollado por Sadín y Chorot (2003). Adaptado a población mexicana por González y Landero (2007). El Cuestionario mide 7 factores: Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta,

Religión, Focalizado en la solución del problema, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva. (Ver anexo 2).

Barreras Socioculturales

“Obstáculo que influye en el comportamiento preventivo de salud, así como en los procesos psicológicos.” (Betancourt, Flynn & Ormseth, 2011 en León, 2013, p. 26).

Escala Cultural para la Detección de Cáncer desarrollado por Betancourt, Flynn, Riggs y Garberoglio (2010). Validada y estandarizada en población mexicana por León (2013).

La escala mide 5 factores: Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad, Fatalismo en la detección de cáncer, Impedimentos socioculturales, Impedimentos sintomáticos y Creencias negativas sobre los profesionales de la salud (Ver anexo 3).

Participantes

A través de un muestreo no probabilístico, de sujetos voluntarios se seleccionó a una muestra de mujeres que acuden a recibir atención médica en los Centros de Salud de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Criterios de inclusión

- Ser mujer.
- Tener entre 20 y 60 años de edad.
- Encontrarse dentro de los centros de salud de la Secretaría de Salud del municipio de Pachuca.

- Que radiquen en el municipio de Pachuca, Hidalgo.
- Que se comprometan voluntariamente a contestar el cuestionario completo.

Criterios de exclusión

- Mujeres con edad fuera de los límites establecidos.
- Mujeres que radiquen fuera del municipio de Pachuca.
- Mujeres que se rehúsan a contestar el cuestionario.
- Mujeres que presenten cáncer de mama o cérvico-uterino.

Criterios de eliminación

- Mujeres que no contesten completo el cuestionario.

Muestra

En total se obtuvo la colaboración voluntaria de N=124 participantes mujeres. De las cuales, n=65 pertenecen al Centro de Salud “Nor-Poniente”, n=31 al Centro de Salud “Dr. Jesús del Rosal”, n=21 al Centro de Salud “La Raza” y n=7 al Centro de Salud “Rojo Gómez”. Todos ubicados en el municipio de Pachuca, Hidalgo (Ver figura 12).

De acuerdo con los datos sociodemográficos, se encontró respecto a la edad una media de 34.02 años, con una mediana de 32 y una moda de 22 años.

El rango de edad tuvo un reporte de 20 a 59 años y una desviación estándar de 10.29.

Tipo de estudio

Descriptivo, Correlacional.

Tipo de diseño

No experimental, estudio transversal de corte cuantitativo.

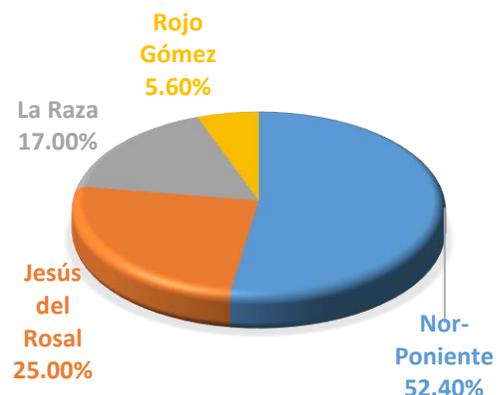


Figura 12 Distribución de la muestra por Centros de Salud.

Instrumentos y materiales

Patrón de Conducta Tipo C

Para medir la variable Patrón de Conducta Tipo C se utilizó la versión adaptada en población colombiana del *Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C* (PCTC) (Amaya, Gordillo & Restrepo-Forero, 2006). La confiabilidad total de la prueba es de .78. Consta de 26 ítems distribuidos en 5 factores: Control emocional ($\alpha = .76$), Racionalidad ($\alpha = .67$), Represión emocional ($\alpha = .81$), Necesidad de armonía ($\alpha = .63$) y Comprensión ($\alpha = .64$) con respuesta dicotómica (Si/No). Una puntuación mayor a la mediana (13 puntos) indica un Patrón de Conducta tipo C. Para medir la validez se realizó un análisis factorial donde estos factores explican el 52.30% de la varianza (ver anexo 1).

Afrontamiento del estrés

Para medir la variable afrontamiento del estrés se utilizó el *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés* (CAE). Adaptado a población mexicana por González y Landero (2007). Tiene un alfa de Crombach= .77; consta de 21 ítems tipo Likert agrupados en dos factores: Afrontamiento racional ($\alpha = .78$) y Afrontamiento emocional ($\alpha = .71$) que a su vez se dividen en 7 dimensiones: Búsqueda de apoyo social ($\alpha = .86$), Focalizado en la solución del problema ($\alpha = .82$), Autofocalización negativa ($\alpha = .64$), Reevaluación positiva ($\alpha = .70$), Religión ($\alpha = .87$), Expresión emocional abierta ($\alpha = .80$) y Evitación ($\alpha = .74$) (ver anexo 2).

Barreras socioculturales

Para medir la variable de barreras socioculturales se utilizó la *Escala Cultural para la Detección de Cáncer* desarrollada por Betancourt, Flynn, Riggs y Garberoglio (2010) y adaptada a población mexicana por León (2013). Consta de 29 ítems tipo likert y mide 5 factores: Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad,

Fatalismo en la detección de cáncer, Impedimentos socioculturales, Impedimentos sintomáticos y Creencias negativas sobre los profesionales de salud. Con una confiabilidad total de la escala de 0.84 y la alfa para los factores culturales se encuentran desde un rango de 0.66 a 0.90; Varianza total de 65.11% (ver anexo 3).

Los materiales a utilizar en este estudio fueron hojas de papel y bolígrafo por participante.

Procedimiento

- Se solicitó el permiso de las autoridades de los Centros de Salud: Jesús del Rosal, Rojo Gómez, La Raza y Nor-Poniente de Pachuca de Soto, Hidalgo, para aplicar una batería de pruebas a mujeres que acuden a consulta a estos centros.
- A las mujeres que desearan participar se les explicó en qué consistía el estudio y firmaron una carta de consentimiento informado (ver anexo 5).
- Se recabaron datos sociodemográficos y de Historia gineco-obstétrica (ver anexo 4).
- Se aplicó la batería de pruebas a las mujeres participantes.
- Se analizaron las pruebas y se realizó el análisis de resultados utilizando el paquete estadístico SPSS.

Capítulo 6. Resultados

Este capítulo se divide en cinco apartados, los primeros cinco son de carácter descriptivo referentes a la caracterización de la muestra, y en el último apartado se presenta el análisis de los resultados que arrojó la aplicación de la batería de instrumentos de medición de las variables, a continuación se enlistan estos:

- Datos sociodemográficos.
- Historia gineco-obstétrica.
- Resultados de los instrumentos utilizados en el estudio (CAE, PCTC y Escala Cultural para la Detección de Cáncer).
- Factores de Riesgo de la Muestra.
- Relación entre las variables

Datos sociodemográficos

En este apartado se describen los datos sociodemográficos y datos de acceso a los servicios de salud de la muestra.

Lugar de origen

La mayoría de las participantes (79.80%) es originaria del Estado de Hidalgo, le siguen personas de otros lugares (10.50%) y en tercer lugar del D.F (9.70%).

Personas con las que vive

Con referencia a las personas con las que viven, la mayoría de las participantes (68.50%) reporta vivir con esposo o compañero, le siguen las mujeres que viven con sus hijos (11.30%), luego las que viven con sus padres (10.50%) y con un porcentaje mínimo aquellas que viven solas (8.10%) y con otros familiares (1.60%).

Estado civil

La muestra presenta una predominancia de la unión libre (44.40%) sobre el matrimonio formal (29.00%), posteriormente se encuentran las solteras (19.40%) y finalmente las que se encuentran separadas, divorciadas y viudas (4.00%, 1.60% y 1.60% respectivamente) (ver figura 13).



Figura 13. Distribución por estado civil de la muestra.

Escolaridad

De acuerdo a los datos de escolaridad se encontró que el 9.70% reporta no tener ningún tipo de estudios o primaria incompleta, el 16.90% reporta haber concluido la primaria, el 33.10% haber terminado la secundaria, el 16.90% manifiesta haber terminado el Bachillerato o equivalente, el 12.90% reporta tener una carrera técnica, el 8.90% presenta licenciatura concluida y sólo el 1.60% presenta estudios de posgrado (Ver tabla 2).

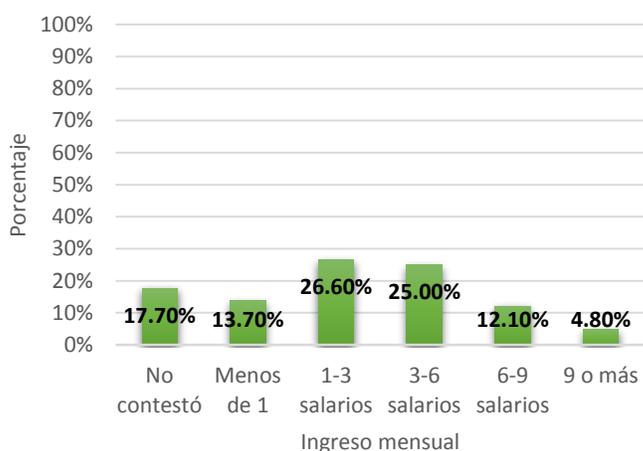
Tabla 2.

Distribución de la muestra por escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios /Primaria incompleta	12	9.70
Primaria	21	16.90
Secundaria	41	33.10
Bachillerato	21	16.90
Carrera técnica	16	12.90
Licenciatura	11	8.90
Posgrado	2	1.60

Ingreso mensual

La mayoría de las participantes (26.60%) reporta un ingreso familiar mensual de entre uno y tres salarios mínimos (de \$1 275.40 a \$3 826.20), el 13.70% manifiesta tener un ingreso mensual de menos de un salario mínimo (menos de \$1 275.40), el 25.00% reporta un ingreso mensual de entre tres y seis salarios mínimos (De \$3 826.20 a \$7 652.40), el 16.90% presenta un ingreso mensual de más de seis



salarios mínimos (Más de \$7 652.40), mientras que el 17.70% no contestó a esta pregunta (ver figura 14). Cabe mencionar que el salario mínimo por jornada laboral es de \$63.77 en la zona B (CONASAMI [Comisión Nacional de los Salarios Mínimos], 2014).

Figura 14. Distribución de la muestra de acuerdo al ingreso mensual.

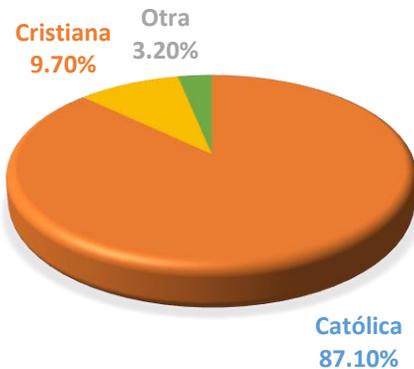
Ocupación

La mayoría de las participantes (58.90%) son amas de casa, le siguen las mujeres que son empleadas (27.40%), luego las que tienen negocio propio (7.30%) y finalmente las que son estudiantes (6.50%) (ver figura 15).



Figura 15. Distribución de la muestra de acuerdo a la ocupación.

Religión



La mayoría de las participantes (87.10%) practican la religión católica, le sigue la religión cristiana (9.70%), mientras que el resto representa a las participantes que practican “otra religión” (3.20%) (ver figura 16).

Figura 16. Distribución de la muestra de acuerdo a la religión.

Acceso a los servicios de Salud

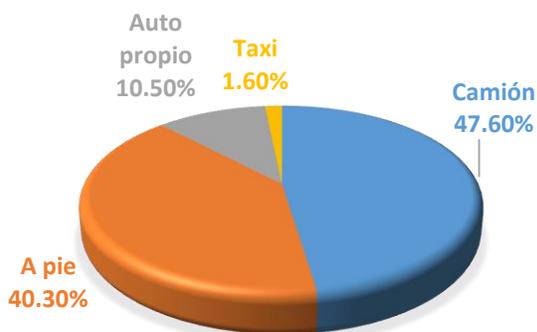
Derechohabiente a las Instituciones de Salud



La mayoría de las participantes son derechohabientes del Seguro Popular (82.30%), le sigue el IMSS (9.70%), y otros Seguros médicos (4.80%). Mientras que el 3.20% no es derechohabiente de ningún servicio médico (ver figura 17).

Figura 17. Distribución de la muestra de acuerdo al programa de salud al que son derechohabientes.

Medio de transporte



Casi la mitad de las participantes (47.60%) usa el camión o colectiva para llegar a la clínica en la que se atiende, luego se encuentran aquellas que llegan caminando (40.30%) a su clínica correspondiente, posteriormente las que utilizan su auto (10.50%) y finalmente las que usan taxi para acudir a donde son atendidas (1.60%) (ver figura 18).

Figura 18. Distribución de la muestra de acuerdo al medio de transporte que usan.

Tiempo de traslado

Una tercera parte de la muestra (34.70%) tarda menos de diez minutos en llegar al lugar donde se atiende, otra tercera parte (34.70%) tarda de diez a 20 minutos, 21.80% tarda entre 20 y 30 minutos, mientras que el resto (8.80%) tarda más de media hora.

Por otro lado, la mayoría de las participantes (84.70%) manifiesta que hay suficiente transporte para llegar a la clínica donde se atiende, mientras que el resto (15.30%) expresa que no hay transporte suficiente para llegar a la clínica en la que son atendidas.

Historia gineco-obstétrica

Responsabilidad de estar sana

La mayoría de las participantes (83.90%) cree que la responsabilidad de estar sana es de ella misma, el 14.50% piensa que es responsabilidad del médico, y sólo el 1.60% piensa que es responsabilidad tanto del médico como de ella misma (ver figura 19).

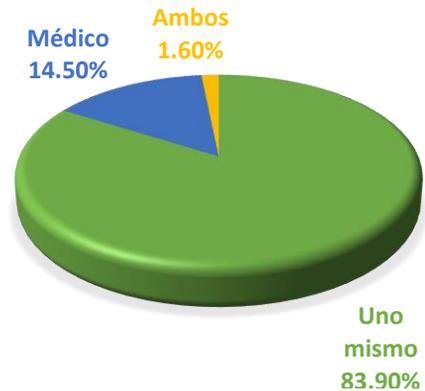
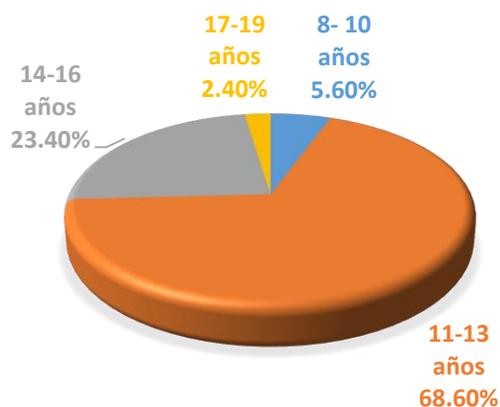


Figura 19. Pregunta: Realizar las acciones convenientes para estar sana es responsabilidad de...

Edad de la primera regla



El 5.60% de las participantes reportan haber tenido su primera regla entre los ocho y los diez años de edad, 68.60% de las participantes tuvieron su primera regla entre los once y los 13 años, 23.40% de las participantes comenzaron a menstruar entre los 14 y los 16 años y 2.40% de las usuarias comenzaron entre los 17 y los 19 años (ver figura 20).

Figura 20. Edad de primera regla.

Hijos

El 16.90% de la muestra no tiene hijos, el resto si (83.10%). De este último porcentaje (83.10%), el 20.20% tiene un hijo, el 29.00% tiene dos hijos, el 21.00% tiene tres hijos, el 5.60% tiene cuatro hijos y el resto (7.30%) tiene cinco hijos o más (ver figura 21).

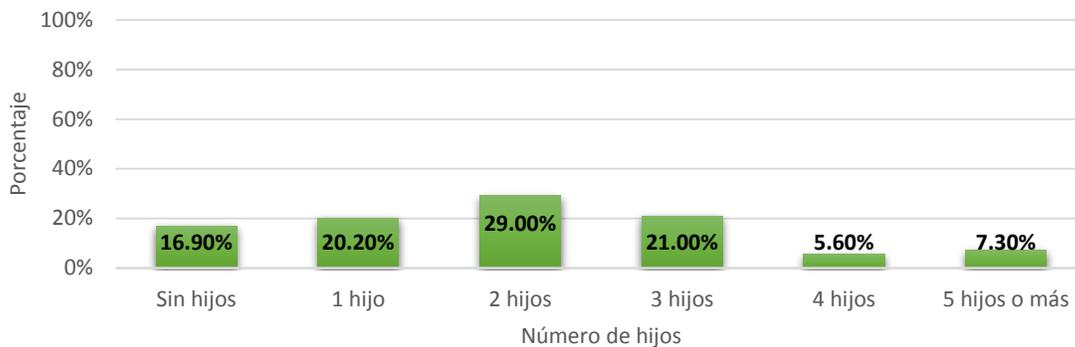


Figura 21. Número de hijos.

Edad del primer embarazo

De las mujeres que tienen hijos el 35.50% tuvieron a su primer hijo antes de los 18 años, 37.10% de las participantes se embarazaron por primera vez entre los 19 y los 25 años y sólo el 10.50% después de los 26 años (ver figura 22).

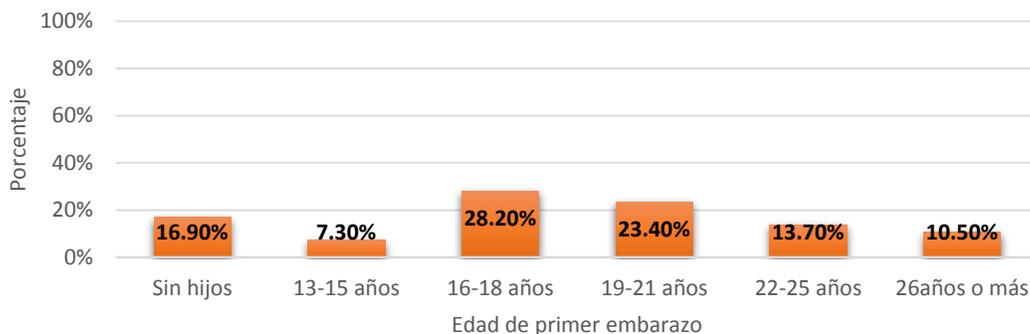


Figura 22. Edad del primer embarazo.

Lactancia

Considerando al 16.90% de las mujeres sin hijos; y el 10.50% de las mujeres con hijos que no fueron amamantados se obtiene un total de 26.60% sin realizar dicha práctica, mientras que del 72.60% que si amamantó a sus hijos, el 3.20% los amamantó de entre cero y los dos meses, el 21.00% de entre tres y los seis meses y el 49.20% amamantó a sus hijos durante más de seis meses (ver figura 23).

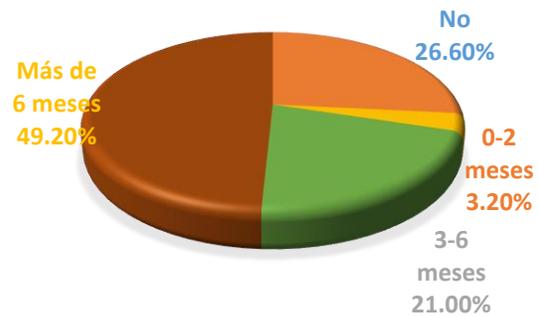


Figura 23. Tiempo en que amamantó a sus hijos.

Métodos de planificación familiar

Sólo una tercera parte de la muestra (31.50%) no utiliza métodos de planificación familiar, del resto que si utiliza (68.50%) la mayoría de las participantes optaron por la esterilización voluntaria (39.50%), le siguen los métodos de barrera (10.50%), el DIU (9.70%) y finalmente los métodos hormonales, la abstinencia periódica y el coito interrumpido (5.60%, 2.40% y .80% respectivamente) (ver figura 24).

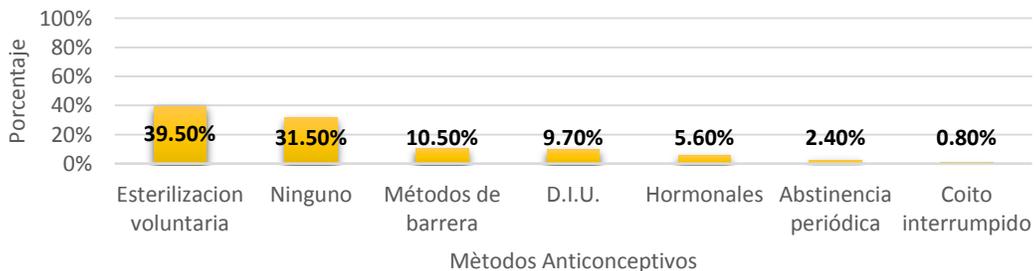


Figura 24. Métodos de planificación familiar.

Tiempo de utilizar métodos de planificación familiar

Del 68.50% de las mujeres que si utilizan métodos de planificación familiar; 36.20% lleva usándolo entre cero y cinco años, el 12.90% entre cinco y diez años y el 19.40% más de diez años (ver figura 25).

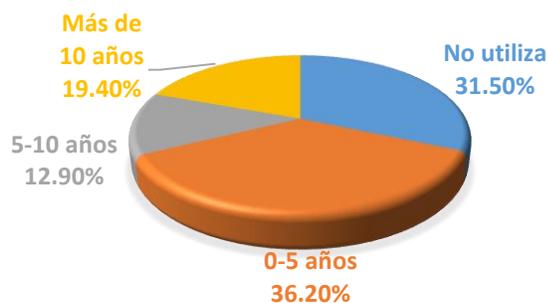


Figura 25. Tiempo utilizando el método anticonceptivo.

Fumar

La mayoría de las participantes (87.90%) reportan no fumar, del 12.10% que fuman: el 8.90% fuma de uno a tres cigarros al día, el 2.40% de cuatro a seis cigarros y sólo una participante (.80%) fuma más de seis cigarros al día (Ver figura 26).

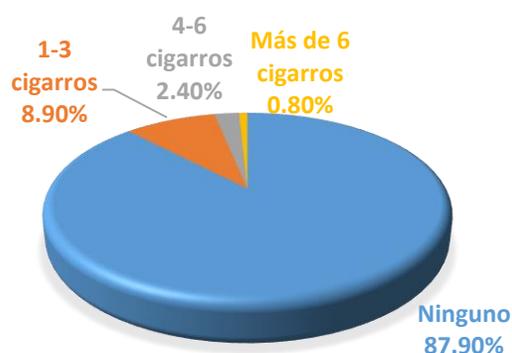


Figura 26. Cantidad de cigarros por día.

Sintomatología de riesgo para Cáncer de Mama

La tabla 3 describe la sintomatología de las participantes durante el último año en términos de frecuencia y porcentaje. De esta manera, el 30.60% describe que ha sentido dolor en sus senos, el 9.70% ha sentido bolitas al tocarse sus senos y el 6.50% ha presentado salida de secreción blanquecina por el pezón.

Tabla 3.

Frecuencia y porcentaje de sintomatología del Cáncer de Mama.

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja	1	.80
Salida de Sangre por el pezón	1	.80
Pezón hundido	4	3.20
Salida de secreción blanquecina por el pezón	8	6.40
Bolitas al tocarse los senos	12	9.70
Cambio de coloración en las axilas	2	1.60
Bolitas en las axilas	6	4.80
Abscesos en sus senos	5	4.00
Dolor en sus senos	38	30.60
Lunares que hayan cambiado de color, de tamaño o que sangren	3	2.40
Úlceras	0	0
Aumento de la temperatura en alguna parte de sus senos o axilas	4	3.20

Sintomatología de riesgo para el cáncer cérvico-uterino.

La tabla 4 describe la sintomatología de las participantes en términos de frecuencia y porcentaje. De esta manera, el 16.10% presenta periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal, el 14.50% ha presentado sangrado vaginal anormal entre periodos y el 13.70% ha presentado flujo vaginal que no cesa.

Tabla 4.
Frecuencia y porcentaje de sintomatología del Cáncer Cérvico-uterino.

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado vaginal anormal entre periodos	18	14.50
Sangrado anormal después de sostener relaciones sexuales (coito vaginal)	7	5.60
Sangrado vaginal anormal después de la menopausia	1	.80
Periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal	20	16.10
Flujo vaginal que no cesa (flujo pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido)	17	13.70
Dolor durante las relaciones sexuales	15	12.10

Exploración de mamas

Respecto al conocimiento de la exploración de mamas, sólo el 4.80% dice no saber qué es, el resto (95.20%) reporta si saber de qué se trata; sin embargo, al preguntar para qué se hace la exploración de mamas el 15.30% respondió de manera incorrecta, el resto (84.70%) lo hizo de manera acertada (ver figura 27).

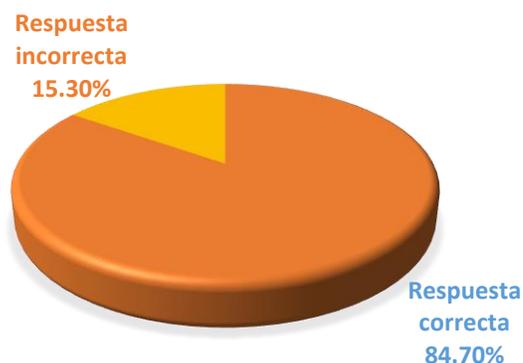


Figura 27. ¿Para qué se hace la exploración de mamas?

De las participantes que reportan saber qué es la exploración de mamas (95.20%), el 26.60% se enteró por los medios de comunicación, el 21.80% se enteró por una plática de expertos en el tema, el 32.30% se enteró por su médico general y el 14.50% se enteró por dos o más de los anteriores (ver figura 28).

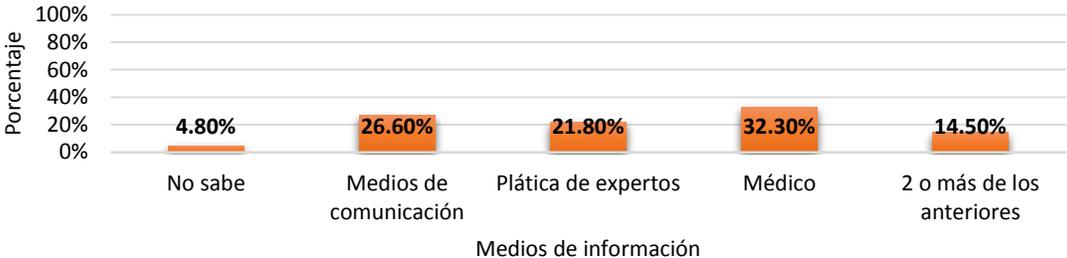


Figura 28. Medios de información para saber de la exploración de mamas.

La mayoría de las participantes (75.80%) reporta haberse realizado alguna vez en su vida la exploración de mamas, mientras que el 24.20% no lo ha hecho nunca. De las participantes que se lo han realizado (75.80%), el 11.30% lo ha hecho una sola vez, el 22.60% de dos a cuatro veces, el 7.30% de cinco a siete veces y el 34.60% ocho veces o más (ver figura 29).



Figura 29. Número de veces que se han realizado la exploración de mamas.

Del mismo porcentaje de participantes que si se han realizado la exploración de mamas (75.80%), el 33.00% se realizó la primera exploración antes de los 22 años, mientras que el resto (42.80%) lo hizo después de los 22 años de edad (ver figura 30).

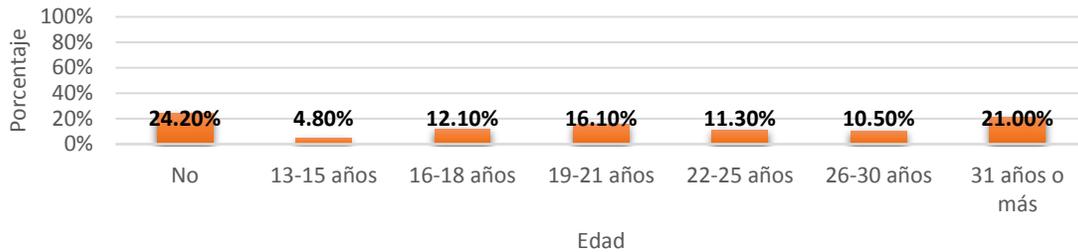


Figura 30. Edad de primera exploración de mamas.

Por otro lado, respecto a la enseñanza de cómo realizar una autoexploración de mamas por parte del personal de salud, la mayoría de las participantes menciona que si ha recibido información al respecto (80.60%), mientras que el 19.40% menciona no haber recibido esta educación por parte del personal de salud.

Papanicolaou

Sólo dos participantes (1.60%) mencionan no saber qué es el papanicolaou, mientras que el 98.40% dice saber de qué se trata. Sin embargo, al preguntar para qué se hace este procedimiento el 16.90% constestó de manera incorrecta, el resto (83.10%) lo hizo de manera acertada (ver figura 31).

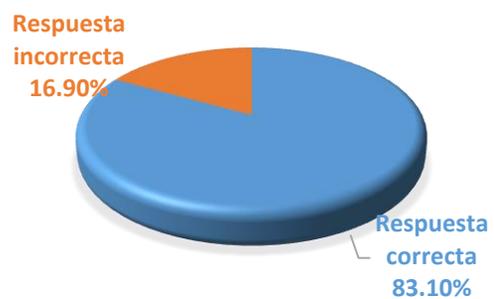


Figura 31. ¿Para qué se hace el Papanicolaou?

De las participantes que mencionan saber qué es el Papanicolaou (98.40%), la mayoría se enteró por su médico general (50.00%), le siguen las pláticas de

expertos en el tema (18.50%), posteriormente los medios de comunicación (16.90%) y finalmente las mujeres que reportan haberse enterado mediante dos o más de los anteriores (12.90%) (ver figura 32).



Figura 32. Medios de información para enterarse del Papanicolaou.

El 18.50% de la población nunca se ha realizado el Papanicolaou, del resto (81.50%), el 7.30% se realizó su primer Papanicolaou entre los 15 y los 18 años, el 21.80% entre los 19 y los 22 años, el 16.90% entre los 23 y los 26 años, el 18.50% entre 27 y los 30 años y el 16.90% a los 31 años o más (ver figura 33).

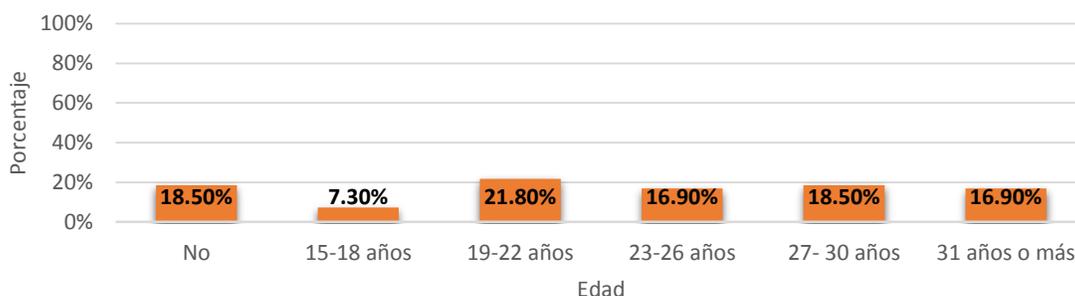


Figura 33. Edad del primer Papanicolaou.

Respecto a la cantidad de veces que se ha realizado el Papanicolaou se encontró que la mayoría de las participantes (30.60%) se lo ha realizado de dos a cuatro veces, el 19.40% lo ha hecho una sola vez, 16.10% de cinco a siete veces y el 15.30% ocho veces o más (ver figura 34).

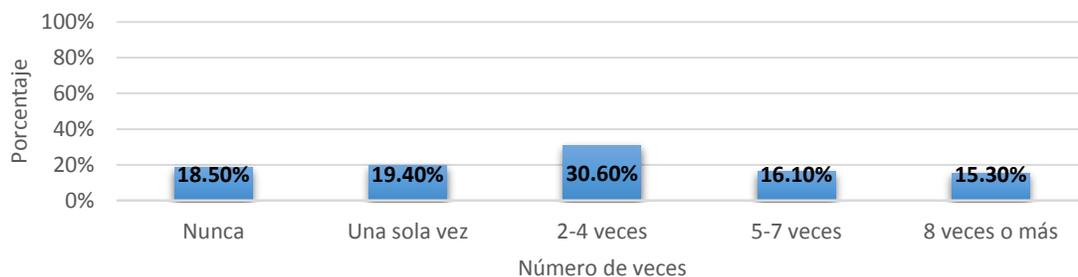


Figura 34. Número de veces que se ha realizado el Papanicolaou.

Del 81.50%, que representa a las mujeres que se han realizado el Papanicolaou, la mayoría (25.80%) reporta que se lo realizó hace menos de seis meses, el 19.40% menciona que han pasado entre siete y doce meses desde el último Papanicolaou y el resto (36.30%) menciona que ya ha pasado más de un año desde su última revisión (ver figura 35).

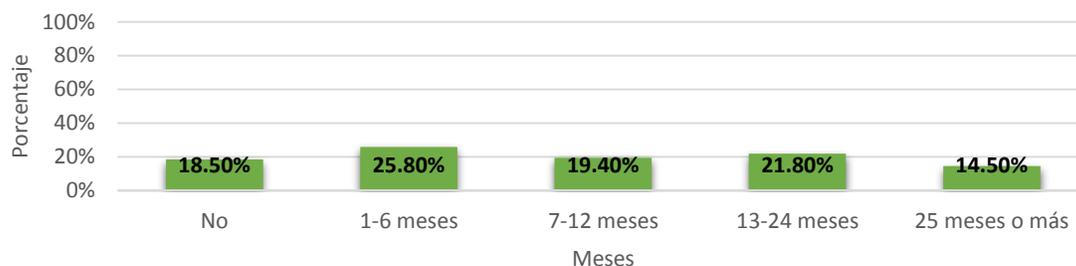


Figura 35. Meses desde el último Papanicolaou.

De estas participantes, el 5.60% reporta no haber recogido los resultados del estudio, al 8.10% nunca le entregaron estos resultados, al 27.40% se los entregaron más de un mes después de la realización del estudio, al 12.90% se los entregaron un mes después, al 11.30% dos semanas después y al 16.10% una semana después. La mayoría de las usuarias se realizó su último Papanicolaou en el Seguro Popular (58.10%), el 10.50% en hospitales particulares, el 9.70% en el IMSS y el 3.20% en el ISSSTE (ver figura 36).

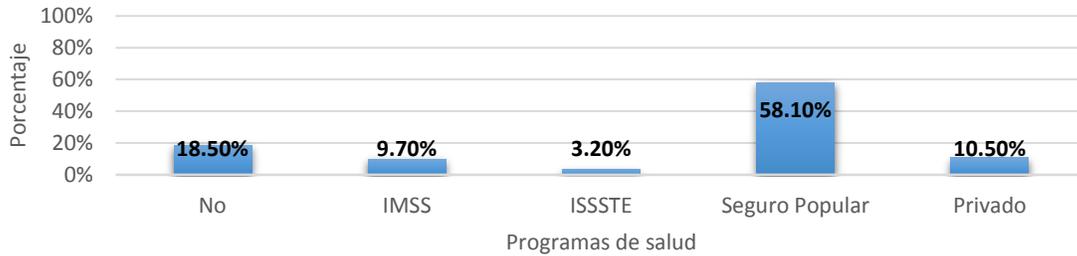


Figura 36. Lugar donde se realizó el último Papanicolaou.

Mastografía o Mamografía

La mayoría de las participantes reportan si saber en qué consiste la mastografía (59.70%), el resto no sabe qué es (40.30%). Del total de las participantes el 74.20% nunca se ha realizado este estudio, el 15.30% se lo ha hecho una sola vez y el 10.50% de dos a cuatro veces a lo largo de su vida (ver figura 37).



Figura 37. Número de veces que se ha realizado la Mastografía.

De las participantes que se han realizado la mastografía (25.80%), el 8.90% reporta que han pasado de uno a seis meses desde la última mastografía, el 4.00% menciona que han pasado de seis a doce meses, mientras que el 12.90% reporta que ha pasado más de un año desde su último estudio (ver figura 38).

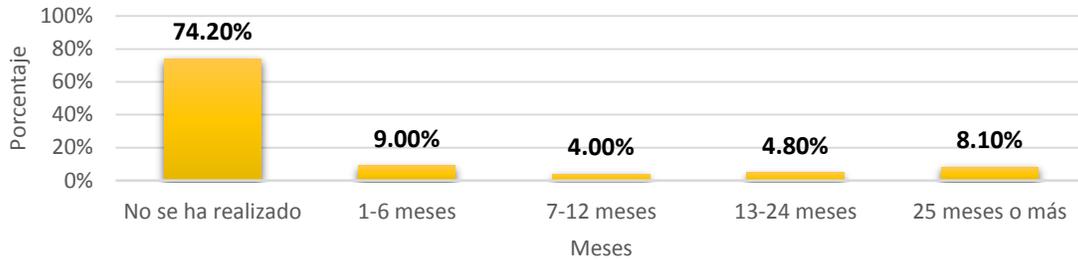


Figura 38. Meses desde la última mastografía.

De las mismas participantes (25.80%) se encontró que el 1.60% no recogió los resultados del estudio, al .80% nunca se los entregaron, al 3.20% se los entregaron más de un mes después del estudio, al 2.40% se los entregaron un mes después, al 5.60% dos semanas después y al 12.10% una semana después de realizada la mastografía. La mayoría de las participantes se realizaron la última mastografía en el Seguro Popular (16.10%), 5.60% se lo realizaron en hospitales privados, el 2.40% en el IMSS y el 1.60% en el ISSSTE (ver figura 39).

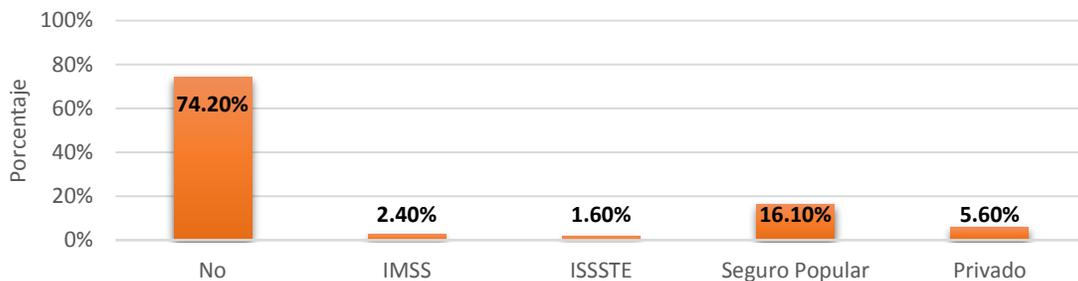
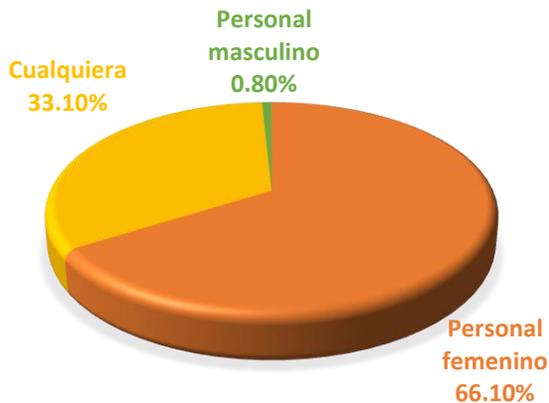


Figura 39. Lugar donde se realizó la última mastografía.

Revisiones ginecológicas



Más de la mitad de las usuarias (66.10%) prefieren que las revisiones ginecológicas las realice personal de salud femenino, sólo una de ellas prefiere que las realice personal masculino (0.80%), mientras que al resto (33.10%) manifiesta que no importa si es hombre o mujer quien realiza las revisiones ginecológicas (ver figura 40).

Figura 40. Pregunta: Es preferible que las revisiones ginecológicas las realice...

Antecedentes familiares de Cáncer de Mama

El 84.70% de las participantes reportaron no tener, ni haber tenido algún familiar que enfermase de cáncer de mama, de este 15.30% de las participantes que contestaron afirmativamente a esta pregunta el 8.89% manifestó que se trataba de un familiar lejano mientras que el 6.49% refirió que se trataba de un familiar cercano (abuelas, madre o hermanas) (ver figura 41).

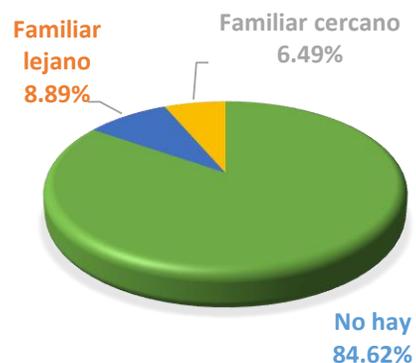


Figura 41. Familiares con Cáncer de Mama.

Antecedentes familiares de Cáncer Cérvico-uterino

La mayoría de las participantes (84.70%) reportaron no tener ni haber tenido familiares con cáncer cérvico-uterino, del 15.30% que presentan este antecedente el 9.70% comenta que se trata de un familiar lejano (tías, primas, entre otras), mientras que el 5.60% menciona que se trata de un familiar cercano (ver figura 42).

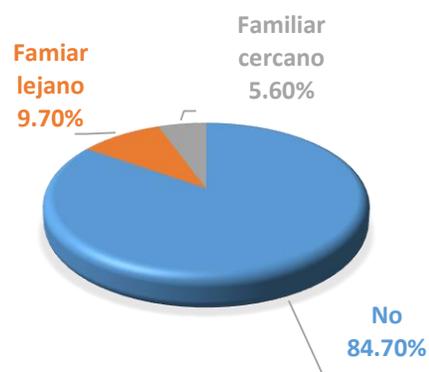


Figura 42. Familiares con Cáncer Cérvico-uterino.

Diagnóstico de Cáncer en las participantes

Ninguna de las participantes ha sido diagnosticada con algún tipo de cáncer a lo largo de su vida. Sin embargo, el 100% de ellas creen que la vida de una mujer puede depender de que se practique periódicamente el Papanicolaou; y sólo una cree que no depende de la exploración de mamas el resto (99.20%) considera que la vida de una mujer puede depender de la realización periódica de la exploración de mamas.

Factores de Riesgo

En la tabla 5 se presenta la distribución porcentual de los factores de riesgo que son comunes al Cáncer de Mama y al Cáncer Cérvico-uterino; es decir, la cantidad de mujeres de la muestra que presentan cada factor de riesgo.

Tabla 5.

Factores de Riesgo de Cáncer de Mama y Cérvico-uterino.

Factor de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
No ser derechohabiente de institución de salud	4	3.20
Más de 1 hora en traslado al lugar donde es atendida	4	3.20
Transporte insuficiente	19	15.30
Más de 1 hora de espera para ser atendida	22	17.70
Responsabilidad de estar sana otorgada a terceros	18	14.50
Primera regla a edades tempranas (antes de los 11 años)	7	5.60
Primer embarazo antes de los 19 años de edad	43	34.70
No haber amamantado a los hijos	12	9.70
Usar el DIU	13	10.50
Usar métodos anticonceptivos hormonales	7	5.60
Fumar	15	12.10
Síntomas del Cáncer de Mama	38	30.60
Síntomas de Cáncer Cérvico-uterino	18	14.50
No haberse realizado el Papanicolaou en el último año	45	36.30
Nunca haberse realizado la exploración de mamas	30	24.20
Antecedentes familiares de Cáncer de Mama	19	15.30
Antecedentes familiares de Cáncer Cérvico-uterino	19	15.30

Resultados de los instrumentos

A continuación se describen los resultados de los instrumentos utilizados en este estudio para medir las variables establecidas (Afrontamiento del Estrés, Patrón de Conducta Tipo C y Barreras Socioculturales).

Afrontamiento del Estrés

La tabla 6 y la figura 43 representan las medidas de tendencia central y dispersión de la variable Afrontamiento del Estrés y de sus factores que la definen (se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés). Es importante destacar que el rango teórico de cada uno de los factores se encuentra entre los puntajes de cero a cuatro, por lo que la media teórica es de dos.

Tabla 6.

Medidas de tendencia central y dispersión de la variable Afrontamiento del Estrés.

Variable	Rango teórico	Media	Desviación estándar
Afrontamiento del estrés			
Búsqueda de apoyo social	0 – 4	1.88	1.18
Expresión emocional abierta	0 – 4	1.13	.86
Religión	0 – 4	1.43	1.24
Solución del problema	0 – 4	2.48	1.04
Evitación	0 – 4	1.97	1.03
Autofocalización negativa	0 – 4	1.25	.88
Reevaluación positiva	0 – 4	2.30	.95

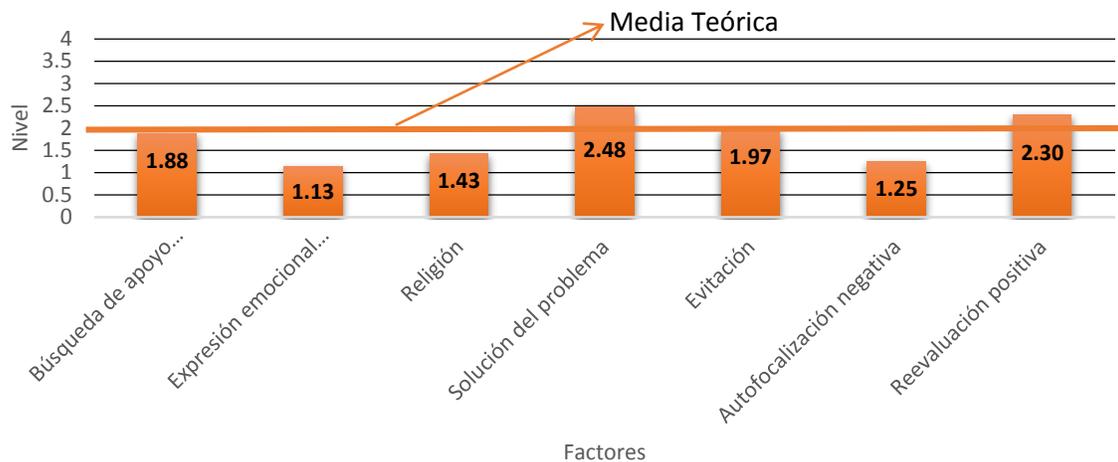


Figura 43. Factores del CAE (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés).

En la tabla 6 y la figura 43 se puede observar que la forma de afrontamiento del estrés más común en las participantes es la “Solución del problema” con una $X=2.48$ (D.E.= 1.04) lo que rebasa la media teórica (2). Esta forma de afrontar el estrés se refiere a la acción directa y racional para solucionar las situaciones problemáticas.

El siguiente factor que superó a la media teórica fue la “Reevaluación Positiva”, con una $X=2.30$ (D.E.= .94). Ésta se refiere al afrontamiento enfocado a crear un nuevo significado (positivo) a la situación problema.

Los cuatro últimos factores se encuentran por debajo de la media teórica indicando que son usados con menor frecuencia entre las participantes del estudio:

La “Evitación” con una $X= 1.97$ (D.E.= 1.03). Este factor se refiere a pensar o hacer otras cosas, ignorando el problema o situación estresante.

La “Búsqueda de Apoyo Social” con una $X=1.88$ (D.E.=1.18). En este factor se agrupan el apoyo social emocional y el apoyo social al problema, que se refieren a la búsqueda de apoyo para la situación emocional en que se encuentra el individuo, además de buscar el consejo en los demás para solucionar el problema.

La “Religión” con una $X=1.43$ (D.E.=1.24). Este factor hace referencia al uso de la religión para soportar y solucionar los problemas o las situaciones estresantes a partir de la ayuda de un ser divino.

La “Autofocalización Negativa” con una $X=1.25$ (D.E.=.87). Este factor se refiere a enfocarse a lo negativo de sí mismo, como responsable del problema.

Y finalmente la “Expresión Emocional Abierta” con una $X=1.13$ (D.E.=.85), la cual se refiere a la reacción emocional negativa hacia otras personas, haciendo referencia específicamente a la hostilidad hacia los demás como forma de afrontar el estrés.

Patrón de Conducta Tipo C

El Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C arroja puntajes totales; y de acuerdo con los autores el valor de la mediana del puntaje total es de 13; y los puntajes superiores a 13 refieren un Patrón de Conducta Tipo C. En la tabla 6 se muestra el puntaje total y la cantidad de mujeres que obtuvieron dicho puntaje. En este caso se puede observar que son $n=65$ las participantes que presentar personalidad tipo C, lo cual representa el 52.40% de la muestra (ver tabla 7).

Tabla 7.

Frecuencias del puntaje total del PCTC (Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C)

Distribución de mujeres por debajo de la media teórica		
Puntaje Total	Frecuencia	Porcentaje
4	4	3.20
5	2	1.60
6	2	1.60
7	4	3.20
8	2	1.60
9	6	4.80
10	10	8.10
11	8	6.40
12	10	8.10
13	11	8.90
Totales	59	47.60
Distribución de mujeres por encima de la media teórica		
14	15	12.10
15	14	11.30
16	11	8.90
17	9	7.20
18	6	4.80
19	3	2.40
20	4	3.20
21	2	1.60
22	1	.80
Totales	65	52.40

Barreras socioculturales

Una Barrera es un obstáculo que influye en el comportamiento preventivo de salud, así como en los procesos psicológicos. De acuerdo al instrumento utilizado en el estudio (Escala Cultural Para la Detección de Cáncer) dichas barreras se dividen en 5 factores que se resumen en la tabla 8 y la figura 44, donde se indican las medidas de tendencia central por factor.

Tabla 8.

Medidas de tendencia central y dispersión de la variable Barreras Socioculturales.

Variable	Rango teórico	Media	Desviación estándar
Barreras socioculturales			
Impedimentos socioculturales	1 – 7	2.01	1.07
Creencias negativas acerca de los profesionales de salud	1 – 7	2.11	1.33
Impedimentos sintomáticos	1 – 7	2.33	1.87
Fatalismo en la detección de cáncer	1 – 7	1.60	1.37
Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad	1 – 7	4.60	1.98



Figura 44. Factores de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer.

El factor que influye de manera más importante en la decisión de las mujeres de realizarse los estudios de exploración de mamas y Papanicolaou es el factor “Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad” (ver figura 44), la cual obtuvo una $X=4.60$ (D.E.=1.98). Este factor se refiere a la idea de que el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino son enfermedades mortales y lo peor que le puede pasar a una mujer.

Posteriormente se encuentran los “Impedimentos sintomáticos” con una $X=2.33$ (D.E.=1.87), lo que se refiere a la ausencia de síntomas o malestar físico, o bien al hecho de siempre haber obtenido resultados normales en el pasado.

Luego se encuentran las “Creencias negativas acerca de los profesionales de la salud” con una $X=2.11$ (D.E.=1.33), lo que se refiere a las ideas que las usuarias han desarrollado a partir de una o varias experiencias (propias o ajenas) desagradables con los profesionales de la salud. Dichas creencias tienen un impacto negativo en la decisión de realizarse los estudios pertinentes.

Los “Impedimentos socioculturales” con una $X=2.01$ (D.E.=1.07), se refieren a los obstáculos externos percibidos por las mujeres, que interfieren en la conducta saludable, en este caso, en la conducta de acudir a realizarse la exploración mamaria y el Papanicolaou.

Y finalmente el “Fatalismo en la detección de cáncer” con una $X= 1.60$ (D.E.=1.37), factor que hace referencia a la idea de que no es importante realizarse los estudios de exploración de mamas y Papanicolaou ya que colocan la responsabilidad de estar sanos en terceros, por ejemplo: en Dios, en la idea del destino o bien, en la incapacidad humana para impedir una enfermedad.

Relaciones entre variables

Se realizaron correlaciones de Spearman y de Pearson entre los factores de los instrumentos: Cuestionario de Afrontamiento del estrés y Escala Cultural para la Detección de Cáncer; y el puntaje total del Patrón de Conducta Tipo C, como se

puede observar en la tabla 9, hubo asociación negativa entre el factor 1 del CAE (Búsqueda de apoyo social) y el factor 3 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (Impedimentos sintomáticos) con una $r = -0.286$; $p < 0.01$. Hubo una asociación del mismo tipo entre el factor 7 del CAE (Reevaluación positiva) y el factor 4 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (Fatalismo en la detección de cáncer) con una $r = -0.285$; $p < 0.01$.

Por otro lado, se pueden observar correlaciones negativas bajas entre el factor 2 del CAE (Expresión emocional abierta) y el puntaje total del PCTC ($r = -0.190$; $p < 0.05$); y entre el factor 4 del CAE (Solución del problema) y el factor 4 de la Escala Cultural para la Detección del Cáncer (Fatalismo en la detección de cáncer) con una $r = -0.183$; $p < 0.05$.

También se pueden observar dos correlaciones positivas, la primera entre el factor 5 del CAE (Evitación) y el factor 5 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad) con una $r = 0.185$; $p < 0.05$; y la segunda entre el factor 6 del CAE (Autofocalización negativa) con una $r = 0.189$; $p < 0.05$.

Tabla 9. Correlaciones entre instrumentos

	Barrera1	Barrera2	Barrera3	Barrera4	Barrera5	PCTCtot
CAEF1			$-.286^{**}$			
CAEF2						$-.190^*$
CAEF4				$-.183^*$		
CAEF5					$.185^*$	
CAEF6					$.189^*$	
CAEF7				$-.285^{**}$		

** La correlación es significativa al nivel $p < 0.01$ (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$ (bilateral).

La tabla 10 muestra las correlaciones significativas entre los síntomas del cáncer cérvico-uterino y los factores del CAE. Se obtuvieron 3 correlaciones negativas, la más significativa fue la que hubo entre el síntoma de sangrado vaginal

anormal después de la menopausia y el factor 2 del CAE (expresión emocional abierta) con una $r = -0.267$; $p < 0.01$. La siguiente correlación fue entre el síntoma sangrado vaginal anormal entre periodos y el factor 7 del CAE (reevaluación positiva) con una $r = -0.184$; $p < 0.05$. Y finalmente la correlación entre el factor 2 del CAE (expresión emocional abierta) y el síntoma sangrado anormal después de sostener relaciones sexuales ($r = -0.179$; $p < 0.05$).

Tabla 10. Correlación entre síntomas del CaCu y Afrontamiento del estrés.

Síntomas CACU	CAE2	CAE7
Sangrado vaginal anormal entre periodos		-.184*
Sangrado anormal después de sostener relaciones sexuales	-.179*	
Sangrado vaginal anormal después de la menopausia	-.267**	

** La correlación es significativa al nivel $p < 0.01$ (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$ (bilateral).

La siguiente tabla (ver tabla 11) muestra las correlaciones significativas entre los síntomas del cáncer cérvico-uterino y los factores de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer. Se obtuvieron tres correlaciones negativas, la más significativa es la que se obtuvo entre el factor 2 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (creencias negativas acerca de los profesionales de la salud) y el síntoma sangrado vaginal anormal después de la menopausia ($r = -0.250$; $p < 0.01$). La siguiente correlación significativa fue entre el factor 5 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (expectativas catastróficas acerca de la enfermedad) y el síntoma sangrado anormal después de sostener relaciones sexuales ($r = -0.182$; $p < 0.05$). Y por último la relación entre el factor 1 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer y el síntoma flujo vaginal que no cesa ($r = -0.184$; $p < 0.05$).

Tabla 11. Correlación entre síntomas del CaCu y Barreras socioculturales.

Síntomas CACU	Barrera 1	Barrera 2	Barrera 5
Sangrado anormal después de sostener relaciones sexuales			-.182*
Sangrado vaginal anormal después de la menopausia		-.250**	
Flujo vaginal que no cesa	-.184*		

** La correlación es significativa al nivel $p < 0.01$ (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$ (bilateral).

Se realizó un análisis de correlación entre los factores de riesgo, tanto del cáncer de mama como del cáncer cérvico-uterino, y el puntaje total del Patrón de Conducta Tipo C, donde se obtuvo que la única relación estadísticamente significativa fue positiva entre el factor de riesgo Fumar y dicho puntaje ($r = 0.213$; $p < 0.05$) (ver tabla 12).

Tabla 12. Correlación entre factores de riesgo y Patrón de Conducta Tipo C.

	PCTCtot
Fumar	.213*

* La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$ (bilateral).

La tabla 13 muestra las correlaciones significativas entre los síntomas del cáncer de mama y los factores del CAE. Sólo hubo una correlación positiva y fue entre el factor 3 del CAE (religión) y el síntoma bolitas al tocarse los senos ($r = 0.202$; $p < 0.05$). Las correlaciones negativas fueron; entre el factor 3 (religión) y el síntoma cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja ($r = -0.186$; $p < 0.05$), con el mismo síntoma, el factor 6 del CAE (autofocalización negativa) se presentó una $r = -0.181$; $p < 0.05$; también hubo una asociación negativa entre el factor 6 del CAE y el síntoma dolor en los senos ($r = -0.177$; $p < 0.05$). Finalmente se encontró una asociación negativa entre el síntoma aumento de la temperatura en alguna parte de los senos o axilias y los factores 2 (expresión emocional abierta) con una $r = -0.185$; $p < 0.05$; y 7 del CAE (reevaluación positiva) con una $r = -0.183$; $p < 0.05$.

Tabla 13. Correlación entre síntomas del Cáncer de mama y el Afrontamiento del estrés.

Síntomas del cáncer de mama	CAE2	CAE3	CAE6	CAE7
Cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja		-.186*	-.181*	
Bolitas al tocarse sus senos		.202*		
Dolor en sus senos			-.177*	
Aumento de la temperatura en alguna parte de sus senos o axilas	-.185*			-.183*

* La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$ (bilateral).

La tabla 14 muestra las relaciones estadísticamente significativas entre los síntomas del cáncer de mama y los factores de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer. El factor 2 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (creencias negativas acerca de los profesionales de la salud) se asoció negativamente con los síntomas salida de sangre por pezón ($r = -0.195$; $p < 0.05$) y con el síntoma lunares que hayan cambiado de color, tamaño o que sangren ($r = -0.239$; $p < 0.01$). Mientras que el factor 5 (expectativas catastróficas acerca de la enfermedad) se relacionó negativamente con el síntoma salida de secreción blanquecina por pezón ($r = -0.248$; $p < 0.05$).

Tabla 14. Correlación entre síntomas del Cáncer de mama y las Barreras socioculturales.

Síntomas del cáncer de mama	Barrera2	Barrera5
Salida de sangre por pezón	-.195*	
Salida de secreción blanquecina por pezón		-.248*
Lunares que hayan cambiado de color, de tamaño o que sangren	-.239**	

** La correlación es significativa al nivel $p < 0.01$ (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$ (bilateral).

Discusión

Se logró el objetivo general del estudio que fue relacionar los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados a sintomatología de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo.

Así mismo, se confirmó la hipótesis alterna planteada ya que si existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados a sintomatología de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo.

El primer objetivo específico de este estudio fue medir el Patrón de Conducta Tipo C en la muestra seleccionada, de acuerdo a los resultados más de la mitad de la muestra presenta este patrón de conducta con una puntuación superior a 13, lo cual resulta preocupante ya que diversas investigaciones han demostrado la relación positiva estadísticamente significativa entre este patrón de conducta y el desarrollo de cáncer, entre los más recientes se encuentra el de Hernández (2011) donde estudio a dos grupos, uno con un diagnóstico de cáncer y el otro aparentemente sano, en el cual resultó que casi todos los pacientes oncológicos presentaban una puntuación superior a 13, indicando así un patrón de personalidad tipo C, mientras que el grupo “sano” presentó en su mayoría un puntaje inferior a 13, cabe hacer mención que de manera general el grupo de pacientes oncológicos mostró un puntaje mayor en todas las dimensiones del PCTC en comparación con el grupo de personas sin un diagnóstico de cáncer.

El segundo objetivo fue identificar las formas de afrontamiento de estrés en la muestra seleccionada, las formas más comunes de afrontar el estrés en esta muestra fue la solución de problemas y la reevaluación positiva con un puntaje superior a la media teórica. De acuerdo a la teoría, estas formas de afrontar el estrés no tienen consecuencias negativas en el organismo, así lo menciona Sadín, Chorot, Segura y Pardo (1998 en Sadín & Chorot, 2003) y están relacionadas con comportamientos saludables. En un estudio donde se encontró que estos estilos de

afrontamiento están asociados negativamente con la presencia de síntomas somáticos. De la misma forma en un estudio realizado por Sadín, Chorot, Santed y Jiménez (1994 en Sadín & Chorot, 2003), se encontró que los estilos de afrontamiento centrados en el problema (como la solución de problemas y la reevaluación positiva), tienen una relación negativa estadísticamente significativa con los tipos no saludables de reacción al estrés.

En este estudio se encontró que los síntomas de cáncer de mama más recurrentes fueron el 1) dolor en los senos, 2) bolitas al tocarse los senos y 3) salida de secreción blanquecina por el pezón, lo cual concuerda casi en el mismo orden con la investigación de León (2013) donde los síntomas más frecuentes fueron 1) dolor en los senos, 2) salida de secreción blanquecina por el pezón y 3) bolitas al tocarse al tocarse los senos.

Por otro lado los síntomas más frecuentes de cáncer cérvico-uterino fueron 1) periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal, 2) sangrado vaginal anormal entre periodo, 3) Flujo vaginal que no cesa y 4) Dolor durante las relaciones sexuales, dichos síntomas tiene gran similitud, en cuanto a frecuencia, con los encontrados en el estudio de Lazcano-Ponce, Rojas-Martínez, López-Acuña, López-Carrillo y Hernández-Avila (1993) donde los síntomas más frecuentes fueron 1) Sangrado disfuncional, 2) Metrorragia (sangrado que se produce entre los periodos normales de la menstruación) y 3) Leucorrea sanguinolenta (exceso de flujo vaginal).

Adicionalmente se encontraron correlaciones significativas entre algunos factores psicosociales y síntomas del cáncer cérvico-uterino, tal como la relación negativa entre la expresión emocional abierta y el sangrado vaginal anormal después de la menopausia y entre la reevaluación positiva y el sangrado vaginal anormal entre periodos. Y con el cáncer de mama se encontraron relaciones negativas entre la expresión emocional abierta y el aumento de la temperatura en alguna parte de los senos o axilas; entre la religión y el cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja; entre la autofocalización negativa y dolor en los senos; y entre la reevaluación positiva y el aumento de temperatura en alguna parte de los

senos o axilas. Lo que tiene un fundamento teórico en la relación que se ha establecido entre el estrés y el cáncer, tal como se encontró en el estudio realizado por Sirera, Sánchez y Camps (2006) donde se relaciona el aumento hormonal desencadenado por situaciones de estrés con el desarrollo de tumores en los senos y la depresión del sistema inmunológico debido al estrés que se relaciona con la proliferación de infecciones y virus, como en el caso del VPH en el cáncer cérvico-uterino.

Es importante mencionar que el estrés también se relaciona de manera indirecta con el cáncer de mama y cérvico-uterino, esto se puede ver claramente en el estudio de Castro, Morfin, Sánchez, Roco, Sánchez y Williams (2005) donde se estableció una relación entre la no realización del Papanicolaou y el estrés, temor y vergüenza que este estudio provoca en las mujeres, lo cual tiene gran relación con el siguiente objetivo.

El tercer objetivo específico fue identificar las barreras socioculturales que impiden la realización de estudios preventivos de cáncer de mama y cérvico-uterino, de acuerdo con este estudio, las principales fueron las 1) expectativas catastróficas acerca de la enfermedad y los 2) impedimentos sintomáticos, le siguen las 3) creencias negativas acerca de los profesionales de la salud, luego los 4) impedimentos socioculturales y finalmente el 5) fatalismo en la detección de cáncer. Este estudio difiere de lo encontrado por Betancourt (2010) en la Universidad de California con una muestra de mujeres anglosajonas y latinoamericanas, en el cuál el orden de presencia de los factores fue 1) impedimentos socioculturales, 2) Fatalismo en la detección de cáncer, 3) impedimentos sintomáticos, 4) expectativas catastróficas acerca de la enfermedad y 5) creencias negativas sobre los profesionales de la salud, lo cual se puede explicar por la diferencia de cultural, ya que se trata de mujeres latinoamericanas en Estados Unidos.

También difiere de un estudio realizado recientemente en una muestra de mujeres hidalguenses en la cual el orden de las barreras socioculturales fue el siguiente: 1) impedimentos socioculturales, 2) creencias negativas acerca de los profesionales de la salud, 3) impedimentos sintomáticos, 4) fatalismo en la detección

de cáncer y 5) expectativas catastróficas acerca de la enfermedad (León, 2013), lo cual puede indicar que las mujeres ya no perciben tantos obstáculos socioculturales para realizarse los estudios, más si les asusta un diagnóstico positivo o les detiene no tener síntomas “fuertes” o tener resultados siempre normales en el pasado.

Como ya se señaló, el objetivo general fue relacionar los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados al cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo, de lo cual resultaron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del CAE y los factores de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer, las más importantes fueron la relación negativa entre la búsqueda de apoyo social y los impedimentos sintomáticos; y entre la reevaluación positiva y el fatalismo en la detección de cáncer, lo cual se explica con la definición de los factores del CAE, en el primer factor (búsqueda de apoyo social) hace referencia al apoyo emocional y social para afrontar las situaciones de estrés, además de la búsqueda de consejo en los demás para solucionar el problema (González & Landero, 2008); la relación es negativa por lo que indica que a mayor búsqueda de apoyo social menor impacto de los impedimentos sintomáticos, es decir la ausencia de malestar físico. Mientras que la reevaluación positiva que se refiere a crear un nuevo significado (positivo) a la situación problema (González & Landero, 2008), se relaciona negativamente con el fatalismo en la detección de cáncer.

El Patrón de Conducta Tipo C sólo tuvo relación con el factor “expresión emocional” del CAE. Fue una relación negativa estadísticamente significativa lo que significa que a mayor expresión emocional, menor presencia de este patrón de conducta. Esto se puede explicar haciendo una revisión de las dimensiones que conforman el PCTC, entre ellas se encuentra la “represión emocional” la cual, según el autor se refiere a la inhibición de la expresión de emociones socialmente consideradas como negativas (Amaya, Gordillo & Restrepo-Forero, 2006).

Conclusiones

El objetivo general fue relacionar los factores de riesgo (Patrón de Conducta Tipo C, Afrontamiento del Estrés y Barreras Socioculturales) asociados al cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres de Pachuca, Hidalgo, de lo cual se encontró lo siguiente:

Respecto a los resultados más relevantes obtenidos de los datos sociodemográficos encontramos:

- La mayoría de las participantes es originaria del Estado de Hidalgo y reporta vivir con esposo o compañero, sin embargo la muestra presenta una predominancia de la unión libre.
- La escolaridad que predomina en la muestra es la secundaria, reportando en la mayoría la ocupación de ama de casa.
- Los resultados muestran que la mayoría de las participantes tuvieron su primera regla entre los once y los 13 años, que la gran parte de la muestra tiene hijos y de estas mujeres la mayoría se embarazó por primera vez entre los 19 y los 25 años.
- Más de la mitad de la muestra si utiliza métodos de planificación familiar optando en su mayoría por la esterilización voluntaria.
- Respecto a la sintomatología de cáncer de mama durante el último año, el 30.60% describe que ha sentido dolor en sus senos. Respecto a la sintomatología de cáncer cérvico-uterino durante el último año, el 16.10% presenta periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal.
- Con respecto a la realización de exámenes preventivos, gran parte de las participantes menciona haberse realizado alguna vez en su vida la exploración de mamas, reportando en su mayoría haberse realizado dicha exploración ocho veces o más. La mayoría de las participantes reporta haberse realizado el Papanicolaou alguna vez a lo largo de su vida, encontrándose que la mayoría se lo ha realizado de dos a cuatro veces. En

relación a la mastografía, la gran mayoría de las participantes reporta nunca haberse realizado este estudio.

- La gran mayoría de las participantes reportaron no tener, ni haber tenido algún familiar que enfermase de cáncer de mama ni de cáncer cérvico-uterino.
- Ninguna de las participantes ha sido diagnosticada con algún tipo de cáncer a lo largo de su vida.

Los resultados que arrojaron las variables consideradas en este estudio fueron las siguientes:

- Con respecto al Patrón de Conducta Tipo C, los resultados muestran que poco más de la mitad de la muestra presenta este patrón de conducta.
- En relación a la variable Afrontamiento del Estrés, las formas más comunes de afrontar el estrés en esta muestra fueron la solución de problemas y la reevaluación positiva.
- De acuerdo con este estudio, las barreras socioculturales que impiden la realización de estudios preventivos de cáncer de mama y cérvico-uterino, fueron las expectativas catastróficas acerca de la enfermedad y los impedimentos sintomáticos, seguida por las creencias negativas acerca de los profesionales de la salud.

Al correlacionar las variables encontramos lo siguiente:

- Se encontraron correlaciones significativas entre algunos factores del CAE y síntomas del Cáncer de mama y cérvico-uterino:
- La correlación negativa más significativa fue entre el síntoma de sangrado vaginal anormal después de la menopausia y el factor 2 del CAE (expresión emocional abierta). También se encontró una correlación positiva entre el factor 3 del CAE (religión) y el síntoma bolitas al tocarse los senos.
- También se encontró que existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del CAE y los factores de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer, las más importantes fueron la relación negativa entre

la búsqueda de apoyo social y los impedimentos sintomáticos; y entre la reevaluación positiva y el fatalismo en la detección de cáncer.

Se encontró relación entre algunas barreras socioculturales y los síntomas del cáncer de mama y cérvico-uterino:

- La correlación negativa más significativa es la que se obtuvo entre el factor 2 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (creencias negativas acerca de los profesionales de la salud) y el síntoma sangrado vaginal anormal después de la menopausia.
- El factor 2 de la Escala Cultural para la Detección de Cáncer (creencias negativas acerca de los profesionales de la salud) se asoció negativamente con los síntomas salida de sangre por pezón. De la misma manera, el factor 5 (expectativas catastróficas acerca de la enfermedad) se relacionó negativamente con el síntoma salida de secreción blanquecina por pezón.

Se encontró una relación negativa entre el Patrón de Conducta Tipo C y el factor “expresión emocional” del CAE, esto quiere decir que a mayor expresión emocional, menor presencia de este patrón de conducta.

Entre los factores de riesgo tanto del cáncer de mama como del cáncer cérvico-uterino y el puntaje total del Patrón de Conducta Tipo C, se obtuvo que la única relación estadísticamente significativa fue positiva entre el factor de riesgo Fumar y dicho puntaje.

Limitaciones y sugerencias

Dentro de las limitaciones del estudio se pueden mencionar las siguientes:

- a) Relacionadas con las participantes:
 - Por tratarse de centros de salud, donde las mujeres acuden específicamente a consulta, muchas no accedían a contestar el cuestionario por considerarlo una distracción o una pérdida de tiempo. Muchas de las participantes decidían dejar inconcluso el cuestionario al terminar su consulta, por lo que el cuestionario se volvía inservible.
 - La falta de personal en el trabajo de campo, como ya se hizo mención, el aplicar un cuestionario implicaba esperar cerca para aclarar dudas y vigilar que se contestara todo el cuestionario. No era posible aplicar muchos cuestionarios a la vez porque se perdía el control.
 - La escolaridad de las participantes sobre todo de aquellas a las que se les tenía que apoyar de forma individual ya que tenían problemas de lectura y comprensión.

- b) La extensión de la batería de instrumentos:
 - Contestar el cuestionario tomaba aproximadamente 30 minutos por lo que muchas mujeres optaban por dejar de contestar algunas preguntas y escalas importantes para el estudio.

- c) Las instalaciones en donde se realizó el trabajo de campo, ya que no se contó con espacios específicos para la aplicación de instrumentos

Por lo que se sugiere:

- a) Considerar las limitaciones para evitar problemas en futuras investigaciones, haciendo referencia al trabajo de campo.
- b) Considerar hacer un estudio similar con una muestra probabilística, lo cual dará posibilidades de generalización de los resultados del estudio, dando

por hecho que las mujeres seleccionadas al azar acepten participar. Para lo cual se recomienda hacer equipo con el personal de salud para que las mujeres den mayor importancia a su participación.

- c) Considerar la realización de una investigación mixta o de corte cualitativo que brinde información a profundidad sobre el impacto de los factores psicosociales en la prevención y desarrollo del cáncer.
- d) Realizar estudios similares con un grupo de pacientes oncológicos y uno con personas sin el diagnóstico para identificar la relación directa entre las variables psicosociales y la enfermedad.
- e) Realizar estudios experimentales donde haya una intervención como tal en pacientes oncológicos midiendo tal vez el tiempo de recuperación, la sobrevivencia o la percepción de malestar.
- f) Finalmente, se sugiere que los centros de salud tomen en cuenta las barreras socioculturales, que en este caso se pueden justificar con la falta de información acerca del cáncer de mama y cérvico-uterino, por lo que se sugiere que a partir de los resultados, se genere una línea de intervención a nivel preventivo, principalmente con psicoeducación que incluya información de la importancia de los estudios (autoexploración mamaria y Papanicolaou), del desarrollo de la enfermedad y de la importancia de detectar a tiempo la enfermedad, es decir, de las altas posibilidades de cura en detección temprana y de estilos de vida saludable desde una perspectiva biopsicosocial.

Referencias

- Alcaraz, M., Lluch, A., Miranda, J., Pereiro, I. & Salas, M. (2002). Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Revista Sanit*, 16(3), 230-235. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n3/v16n3a03.pdf>
- Alliance for Cervical Cancer Prevention, (2004). Prevencion del Cáncer Cérvicouterino. Recuperado de: http://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf
- Almanza-Muñoz, J. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206. Recuperado de: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Psico-oncologia,%20estado%20actual%20y%20perspectivas%20futuras.pdf>
- Álvarez, D., Benavidez, J., Bueno, O., Cuadros, V., Echeverri, D., Gómez, L., Guzmán, A., Torres, M., Castaño, J., Páez, M. & Aristizábal, J. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 13, 51-67. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273820379004.pdf>.
- Amaya, A., Gordillo, L. & Restrepo-Forero, M. (2006). Validación del Cuestionario PCTC en Población Colombiana. *Avances en Medición*, 4, 91-112. Recuperado de: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/9013/7036/4863/Validacin_Del_Cuestionario_PCTC_En_Poblacin_Colombiana.pdf.
- American Academy of Family Physicians. (2012). Cómo elegir sabiamente: pruebas de Papanicolaou. Recuperado de: <http://consumerhealthchoices.org/wp-content/uploads/2012/08/ChoosingWiselyPapTestsAAFP-ES.pdf>

American Cancer Society (2014). ¿Cómo se trata el cáncer de seno?. Disponible en:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-informacion-general>

American Cancer Society (ACS, 2012). Signos y síntomas del cáncer. Consultado el día 26 de enero del 2014 en:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreeelcancer/signos-y-sintomas-del-cancer>

American Cancer Society. (2013). ¿Se puede prevenir el cáncer de seno?. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-causas-prevencion>

American Cancer Society. (2013). Cáncer de cuello uterino: detección temprana y prevención. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>

American Cancer Society. (2014). ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de seno?. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-causas-factores-de-riesgo>

American Cancer Society.(2014).¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino?. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-causes-risk-factors>

American Society of Clinical Oncology (2014). Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancernet-en-esp%C3%B1ol/supervivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-c%C3%A1ncer>

<http://www.cancer.net/cancernet-en-esp%C3%B1ol/supervivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-c%C3%A1ncer>

- Anarte, M., Esteve, R., Ramírez, C., López, A. & Amorós, F. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de Control Emocional en pacientes con cáncer. *Revista Psicothema*, 13(4), 636-642. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/491.pdf>
- Anarte, M., López, A., Ramírez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29271/28341>
- Antón, L., Mosquera, M. (2007). Impacto del cáncer en la dualidad individuo-familia: fenómeno del Big Bang. Centro Médico Emmet. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/89249661/FENOMENO-DEL-BIG-BANG>
- Arbizu, J. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Revista Anales*, 24(1), 173-178. Recuperado de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>
- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], (2011). Factores de riesgo. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAMA/PREVENCION/Paginas/factoresderiesgo.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer, (2013). Prevención. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAMA/PREVENCION/Paginas/prevencion.aspx>
- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. (2014). Cribado del cáncer del cuello uterino. Recuperado de: <http://www.aepcc.org/cribado-del-cancer-de-cuello-uterino>
- Asociación Mexicana para la Salud Sexual. (2014). Exploración de mamas (mujer). Consultado el 2 de septiembre del 2014 en: <http://www.amssac.org/biblioteca/exploracion-de-mamas/>.
- Barraza, A. (2008). Escala de Personalidad Estudiantil Tipo A. *Revista Investigación Educativa Duranguense*, 8, 77-79. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2543162>

- Betancourt, H. & Flynn, P. (2009). The Psychology of health, Physical Health and the Role of Culture and Behavior. *Handbook of U.S. Latino psychology*, 347-361. Estados Unidos: Academic Press Recuperado de: http://cultureandbehavior.org/files/Betancourt_Flynn_2009_The_psychology_of_health_Physical_health_and_the_role_of_culture_and_behavior.pdf
- Betancourt, H. & Fuentes, J. (2001). Culture and Latino issues in health psychology; en Betancourt, H. & Flynn, P. (2009). The Psychology of health, Physical Health and the Role of Culture and Behavior. *Handbook of U.S. Latino psychology*, 347-361. Estados Unidos: Academic Press Recuperado de: http://cultureandbehavior.org/files/Betancourt_Flynn_2009_The_psychology_of_health_Physical_health_and_the_role_of_culture_and_behavior.pdf
- Betancourt, H. & López, S. (1993). The study of the culture, ethnicity, and race in American psychology; en Betancourt, H. & Flynn, P. (2009). The Psychology of health, Physical Health and the Role of Culture and Behavior. *Handbook of U.S. Latino psychology*, 347-361. Estados Unidos: Academic Press Recuperado de: http://cultureandbehavior.org/files/Betancourt_Flynn_2009_The_psychology_of_health_Physical_health_and_the_role_of_culture_and_behavior.pdf
- Betancourt, H., Flynn, P. & Ormseth, S. (2011). Healthcare Mistreatment and Continuity of Cancer Screening Among Latino and Anglo American Women in Southern California; en León, A. (2013). *Barreras asociadas a la exploración de mama en mujeres de 20 años y más que reciben atención en instituciones de salud en Pachuca de Soto, Hidalgo*. Tesis de Maestría. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.
- Betancourt, H., Flynn, P., Riggs, M. & Garberoglio, C. (2010). A cultural research approach to instrument development: the case of breast and cervical cancer screening among latino and aglo women. *Health education research*, 25(6), 991-1007. DOI: 10.1093/her/cyq052.

- Betancourt, H., Hardin, C. & Manzi, J. (1992). Beliefs, value orientation, in culture in attribution processes and helping behavior; en Betancourt, H. & Flynn, P. (2009). *The Psychology of health, Physical Health and the Role of Culture and Behavior. Handbook of U.S. Latino psychology*, 347-361. Estados Unidos: Academic Press Recuperado de: http://cultureandbehavior.org/files/Betancourt_Flynn_2009_The_psychology_of_health_Physical_health_and_the_role_of_culture_and_behavior.pdf
- Billing, A. & Moos, R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stresses of life events; en Rodríguez, L. (2009). *Evaluación de Calidad de vida, estilos de afrontamiento y sintomatología de ansiedad/depression en pacientes candidatos a transplante hepático*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Brandan, M. & Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Revista Incan*, 1, 147-162. Recuperado de: http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/11722_89111.pdf
- Breastcancer. (2012). Autoexploración de la mama (AEM). Consultado el 3 de septiembre del 2014 en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion>.
- Breastcancer. (2013). Estadística del Cáncer de mama en los Estados Unidos. Consultado el 5 de febrero del 2013 en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/estadisticas
- Breastcancer. (2013). Factores de riesgo del cáncer de mama. Consultado el 10 de septiembre del 2014 en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/factores
- Caldera. J., Pulido, B., Martínez, M., (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de educación y desarrollo*. 77-82. Recuperado de:

[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera\(icial\).pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera(icial).pdf)

Cano, A., Sirgo, A & Pérez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento; en Sebastian, J., Mateos, N. & Bueno, M. (2005). Expresión emocional y Personalidad Tipo C: diferencias entre mujeres con patología maligna, benigna y normales. Recuperado de:

<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>.

Cárdenas, J., Bargalló, E., Erazo, A., Maafs, E. & Poitevin (2013). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Recuperado de: <http://www.incan.edu.mx/images/cmama.pdf>

Cardona, E., Jaramillo, A. & Díaz, V. (2013). Relación entre la personalidad tipo C y el cáncer: Estado del arte. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas Psicoespacios*, 7(10), 66-92. Recuperado de: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Castro, M., Morfin, R., Sánchez, S., Roca, J., Sánchez, E. & Williams, M. (2005). Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 51(2), 94-99. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51_n2/pdf/A06V51N2.pdf

Centro de Ginecología y Obstetricia. (2014). Detección de cáncer de cérvix. Consultado el 2 de septiembre del 2014 en: <http://ginecobstetricia.com/papanicolaou.htm>.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). ¿Cuáles son los factores de riesgo?. Recuperado de: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/basic_info/risk_factors.htm

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). Cáncer de mama: ¿Cuáles son los factores de riesgo?. Recuperado de: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). Cánceres ginecológicos. Recuperado de: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/basic_info/prevention.htm
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). Cáncer de mama. Recuperado de: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/prevention.htm
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2013). ¿Qué es una mamografía y cuándo debo hacerla?. Consultado el 2 de septiembre en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/mammograms.htm
- Chorot, P. & Sadín, B. (1987). Escala de Estrategias de coping (EEC). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. (Policopiado).
- Chorot, P. & Sadín, B. (1987). Escala de Estrategias de Coping; en Sadín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3941>
- Cloninger, S. (2003). Teorías de la Personalidad. México: Prentice Hall México.
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI, 2014). Nuevos salarios mínimos 2014, por área geográfica, generales y profesionales. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Consultado el día 5 de Agosto del 2014 en: www.conasami.gob.mx/nvos_sal_2014.html
- Conexión Cáncer. (2014). Exploración y prevención del cáncer uterino. Recuperado de: <http://conexioncancer.es/tipos-de-cancer/informacion-general-sobre-el-cancer-uterino/exploracion-y-prevencion-del-cancer-uterino/>

Cortés-Bordoy, J., Fernández-Marcos, A., Bogdanovic-Guillon, A. & Davies, P. (2013). Todo lo que necesita saber para prevenir el cáncer de cuello de útero. Recuperado de: http://www.aepcc.org/download/documentos/publico/ecca-1_preencion-cancer-cervical_esp.pdf.

Cumpián-Loredo, B. (2000). Conocimiento sobre detección oportuna de CaCu y mamario. *Revista Enfermedad Instituto Mexicano del Seguro Social*, 8(3), 129-132. Recuperado de: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistaenfermeria.imss.gob.mx%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D261%26Itemid%3D&ei=WZPYU4fuLpHxoASG5IDYCW&usq=AFQjCNEQ-KYIgfRPfNVhO_oKudBX2EUUMw&sig2=PfbmSc1FMu41Q373C9wjcg

Danaei, G. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366, 1784–1793.

Diagnóstico Precoz. (2014). Autoexploración mamaria. Consultado el 3 de septiembre del 2014 en: <http://www.diagnostico-precoz.com/es-dr-manchon-diagnostico-imagen-barcelona-procedimiento-tecnica-autoexploracion-mamaria.html>

Die, M. (2006). Impacto psicosocial del cáncer. *Revista contigo psicooncología*, 6, 19-21. Recuperado de: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf.

Die, M. (2007). El cáncer de cérvix y de endometrio: aspectos psicosociales. *Revista Contigo Psicooncología*, 11, 18-19. Recuperado de: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_11/psicooncologia_11.pdf

Fang, C., Miller, S., Bovbjerg, D., Bergman, C., Edelson, M., Rosenblum, N., Bove, B., Godwin, A., Campbell, D. & Douglas, S. (2008). Perceived stress is associated with impaired T-cell response to HPV16 in women with cervical

dysplasia; en IntraMed. (2008). Estrés diario y cáncer de cuello uterino. Consultado el 10 de septiembre del 2014 en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=51612>

Fawzy, F. (1993). Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state in recurrence and survival 6 years later; en Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>.

Fernández, G. (1998). Patrón de conducta tipo A; en Torres, J. (2002). Revisitando la conducta tipo A en directivos mexicanos: incidencia el último decenio del siglo XX. *Revista Investigación Administrativa*, 90. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/InvestigacionAdministrativa/2002/vol31/no90/7.pdf>

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Ruiz, M., Sebastián, J. & Spielberger, C. (1997). Assessing emotional expressions: spanish adaptation of the Rationality/Emotional defensiveness; en López, A., Esteve, R., Ramírez, C. & Anarte, M. (1998). Dimensionalización del Constructo de Personalidad Tipo C. *Revista Psykhe*, 7(1), 3-12. Recuperado de: http://www.dolorcronicoy psicologia.es/Art%C3%ADculo_TipoC_Psykh%C3%A9.pdf

Flores, J. (1994). La mujer ante el cancer de mama: aspectos psicológicos. España: Edika Med.

Flynn, P. (2005). Motivated breast cancer screening and its cultural antecedents; en Betancourt, H. & Flynn, P. (2009). The Psychology of health, Physical Health and the Role of Culture and Behavior. *Handbook of U.S. Latino psychology*, 347-361. Estados Unidos: Academic Press Recuperado de: http://cultureandbehavior.org/files/Betancourt_Flynn_2009_The_psychology_of_health_Physical_health_and_the_role_of_culture_and_behavior.pdf

Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). Manual for the Ways of coping questionnaire; en Sadín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

- (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3941>
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista Salud Pública*, 27(5), 438-453. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=30134&indexSearch=ID&lang=e>
- Fundación de Estudio de la Mujer de Enfermedades Neoplásicas e Investigaciones Oncológicas. (2013). Qué es el examen de Papanicolaou. Recuperado de: <http://www.femenino.org/sobrelcancer/cuellouterino/Que%20es%20el%20examen%20de%20Papanicolaou.pdf>
- Fundación de Investigación para vencer el cáncer (2014). Tratamientos contra el cáncer en la actualidad. Disponible en: <https://www.criscancer.org/es/por-que-cris.php?zona=1&seccion=3&apartado=22>
- Galimberti, U. (2009). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI. 452-453.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 20, 50-75. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>
- GeoSalud (2012). ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cérvico uterino?. Recuperado de: <http://geosalud.com/VPH/factores.riesgo.htm>
- Giraldo-Mora, C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista Salud Pública*, 11(4), 514-525. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a03>

- Glajchen, M. (2009). Role of family caregivers in cancer pain management. *The journal of supportive oncology*, 2(2), 597-607. Recuperado de: <http://europepmc.org/abstract/med/15328817>
- Goldfarb, C. (1967). Emotional stress and cancer; en Flores, J. (1994). La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. España: Edika Med.
- Gómez, G. & Reboreda, A. (2014). Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html>
- Gómez, J., Marina A., Kravzov J., Cárdenas, R. & Rubio, C. (2008). Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39 (3), 58-70. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57911110008>
- González, L., Nigenda, G., Caballero, M. & González, M. (2009). Barreras para la detección oportuna del cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/taller%20opor%20WEB/Luz%20Ma%20Gonzalez.pdf>
- González, M. & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/4044>
- González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev. Panam Salud Pública*, 23(1), 7-18. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a02v23n1.pdf>
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory; en Martínez-Correa, A. & Reyes del Paso, G. (2007). Fiabilidad, validez factorial y datos normativos de la versión española del inventario abreviado de reacciones interpersonales

- (SIRI) de Grossart-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 12(2), 131-142. Recuperado de: [http://www.aepcp.net/arc/05_2007\(2\)_Martinez-Correa_y_Reyes_del_Paso.pdf](http://www.aepcp.net/arc/05_2007(2)_Martinez-Correa_y_Reyes_del_Paso.pdf)
- Guerrero, L. (2001). *Factores psicosociales que se pueden asociar con la predisposición a enfermar de cáncer cérvico uterino*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Haber, S., Acuff, C. & Ayers, L. (2000). *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Hasenyager, C. (2000). Knowledge of cervical cancer screening among women attending a university health center. *National Library of Medicine National Institutes of Health*, 47(5), 221-224. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10209916>
- Hernández, M. (2011). *La personalidad Tipo C como predictor de enfermedades Oncológicas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hewitt, M., Devesa, S. & Breen, N. (2002). Papanicolaou test use among reproductive-age women at high risk for cervical cancer: analyses of the 1995 National Survey of Family Growth. *National Library of Medicine National Institutes of Health*, 92(4), 666-669. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11919069>
- INEGI. (2014). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero): Datos de Hidalgo. Revisado el día 27 de Agosto del 2014 en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/cancer13.pdf>
- Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos. (2009). *Terapias adyuvantes y neoadyuvantes para el cáncer de seno*. Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojasinformativas/tratamiento/seno-terapia-adyuvante>

Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos. (2012). Terapia hormonal para el cáncer de seno. Estados Unidos. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojasinformativas/tratamiento/terapia-hormonal-seno>

Instituto Nacional de Envejecimiento. (1985). Depresión y cáncer; en The Journal of the American Medical Association. (2005). Depresión eleva el riesgo de tumor de mama. Las mujeres y la depresión. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI, 2013). Población, Hogares y Vivienda. Consultado el 23 de enero del 2014 en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>.

Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. (NIH, 2000). Cáncer y desventajas sociales. *Boletín de temas salud-AMM*, 58. Recuperado de: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psicooncologia.org%2Farticulos%2F6desvensociales.doc&ei=ueb7U9atB8fHiwKW7IGABA&usq=AFQjCNFmo69IxC1EYWM6_ZMC7d-8OSwGOg&sig2=-Ob6OOUGPgya4wNELUZd-g

Instituto Nacional del Cáncer (2014). Repercusiones de la atención médica en la calidad de vida de la persona a cargo de un paciente. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/familiares-a-cargo/healthprofessional/page5>

Instituto Nacional del Cáncer, (2011). Antecedentes de reproducción y el riesgo de cáncer de seno. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/antecedentes-reproduccion>

Instituto Nacional del Cáncer. (2007). Pruebas de Papanicolaou. Recuperado de: <http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/paptestsspanish.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (2013). Prevención del cáncer de cuello uterino. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/prevencion/cuellouterino/Patient/page3>

Instituto Nacional del Cáncer. (2014). Mamografías. Consultado el 3 de septiembre del 2014 en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/mamografias>

Instituto Nacional del Cáncer. (2014). Prevención del cáncer de seno. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/prevencion/seno/Patient/page1>

Jenkins, C., Zysanski, S. & Rosenman, R. (1979). Manual de la encuesta de actividad de Jenkins; en Solís-Cámara, P., Randeles, A. & Covarrubias, P. (2003). Comportamiento tipo A en mujeres trabajadoras de México: análisis psicométrico de una escala. *Revista latinoamericana de Psicología*, 35(2), 175-184. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535205.pdf>

Juan, E. (2003). Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico: Instrumentos de evaluación en psicología de la salud. Madrid: Alianza Editorial.

La Raja, M. (1997). Depression secondary to tumors in patients who underwent surgery for mammary carcinoma: psycho-pharmaceutical and psychotherapeutic care; en Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>.

Lacey, J. (2009). Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*, 9, 84.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, coping and adaptation; en González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev.*

Panam Salud Pública, 23(1), 7-18. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a02v23n1.pdf>

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.

Lazcano-Ponce, C., Rojas-Martínez, R., López-Acuña, M., López-Carrillo, R. & Hernández-Avila, M. (1993). Factores de riesgo reproductivo y de cáncer cérvico-uterino en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 35(1), 65-73. Recuperado de:
<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=808626>

León, A. (2013). *Barreras asociadas a la exploración de mama en mujeres de 20 años y más que reciben atención en instituciones de salud en Pachuca de Soto, Hidalgo*. Tesis de Maestría. Área Académica de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

LeShan, L. & Worthington, R. (1956). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer: a review of the literature; en Juan, E. (2003). *Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico: Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial.

LeShan, L. (2009). *Mobilizing the life force*. Sounds True Inc.

Lopetegui, E. (2007). *Enfermedades crónicas*. España: McGraw-Hill.

López, M., Galvez, D. & Ramírez, E. (2009). Grado de conocimiento de las mujeres acerca de la técnica de autoexploración de mama. *Atención familiar*, 16(1), 25. Recuperado de:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/16suplemento.pdf>

Mandelblatt, J. & Cronin, K. (2009). Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Annals of Internal Medicine*, 151(10), 738-747. doi: 10.7326/0003-4819-151-10-200911170

- Marnet, D. (2014). Mastectomía: consecuencias psicológicas. Recuperado de: <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/mastectomia-consecuencias-psicologicas-2512-mukoev.pdf>
- Martínez-Correa, A. & Reyes del Paso, G. (2007). Fiabilidad, validez factorial y datos normativos de la versión española del inventario abreviado de reacciones interpersonales (SIRI) de Grossart-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 12(2), 131-142. Recuperado de: [http://www.aepp.net/arc/05_2007\(2\)_Martinez-Correa_y_Reyes_del_Paso.pdf](http://www.aepp.net/arc/05_2007(2)_Martinez-Correa_y_Reyes_del_Paso.pdf)
- Mason, J. (1971). A re-evaluation of the concept of “non-specificity” in stress theory; en Galimberti, U. (2009). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI. 452-453.
- McMillin-Williams, K. (2004). Culture and psychological influences on diabetes prevention; en Betancourt, H. & Flynn, P. (2009). *The Psychology of health, Physical Health and the Role of Culture and Behavior. Handbook of U.S. Latino psychology* (pp. 347-361). Estados Unidos: Academic Press
Recuperado de: http://cultureandbehavior.org/files/Betancourt_Flynn_2009_The_psychology_of_health_Physical_health_and_the_role_of_culture_and_behavior.pdf
- MD Anderson Cancer Center Madrid (2014). Salud y bienestar después del tratamiento psicológico. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/salud-y-bienestar-despues-del-tratamiento-oncologico>
- Molina, C., Hernández, O. & Sarquis, Z. (2009). Patrón de Personalidad Tipo C y su relación con el Cáncer de Mama y Cérvico-uterino. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4), 171-187. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/15498/14729>
- Montiel, R., Urquidi, T. & Gálvez, L. (1999). Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cérvico-uterino o de mama; en Méndez, R. & Salazar, J. (2006). *Factores psicológicos*

implicados en el cáncer. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in woman with breastcancer; en Sebastian, J., Mateos, N. & Bueno, M. (2005). Expresión emocional y Personalidad Tipo C: diferencias entre mujeres con patología maligna, benigna y normales. Recuperado de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>.
- National Cancer Institute (NCI, 2013). Tipos de cáncer. Consultado el 26 de enero de 2014 en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos>
- Nieto-Munuera, J., Abad, M., Esteban, M. & Tejerin, M. (2004). Psicología para Ciencias de la Salud. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Nigenda, G., Caballero, M. & González-Robledo, L. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública de México*, 51(2), 254-262. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a16.pdf>
- Nigenda, G., Caballero, M., González-Robledo, L. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Revista Salud Pública de México*, 51(2), 254-262. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a16.pdf>
- Oblitas, L. (2004). Psicología de la Salud y calidad de vida. México: Paraninfo/Thomson learning.
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana, 22, 29-48. Recuperado de: <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Dialnet-AspectosPsicologicosEnElCancerGinecologico-2741881.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2013). Cáncer: Datos y Cifras. Consultado el 21 de enero del 2014 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

Organización Panamericana de la salud. (2013). Prevención y control integrales del cáncer cérvico-uterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22013&Itemid

Orjuela, B., Pimás, I., Culebras, N. & Davidoch, C. (2005). *Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer*. Posgrado de psicopatología clínica. Universidad de Barcelona.

Ortega, M. & Pérez, M. (1996). Bases para una psicología del medio; en Bedoya, S., Perea, M. & Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de la facultad de Estomatología. *Revista Estomatol Herediana*, 16(1), 15-20. Recuperado de: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552006000100004&script=sci_arttext

Oswaldg, D. (2004). ¿Qué es el cáncer?. Recuperado de: http://www.watsdr.cdc.gov/es/general/es_cancer_fs.html

Pérez, C. (2005). Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-2. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi111-205.pdf>

Peto, J. (2001). Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, 411, 390–395.

Poblano-Verástegui, O., Figueroa-Perea, J. & López-Carrillo, L. (2004). Condiciones institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México*, 46(4), 294-305. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n4/21539.pdf>

- PsicoOncología. (2014). Cáncer y desventajas sociales. Recuperado de: <http://www.psicooncologia.org/articulos/6desvensociales.doc>.
- Radiology Info. (2013). Mamografía. Recuperado de: <http://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/mammo.pdf>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of an European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/download/SJOP0606120086A/29079>
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. & Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198. Recuperado de: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/viewArticle/21>
- Rodríguez, C., Gil, P., Martínez, R., González, M. & Pulido, E. (1998). Type A behaviour with ERCTA scale in normal subjects and coronary patients; en Moyano, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, L., Leiva, E., Vásquez, M. & Palomo, I. (2011). Patrón de comportamiento Tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 443-453. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342011000300005
- Rodríguez, S. & Capurso, M. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia*, 74(11), 585-593. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf>
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, B., Torres, G., Mora, F. & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Revista Psicooncología*, 4(1), 7-19. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120007A/15713>
- Sadín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología*

Clínica, 8(1), 39-54. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3941>

Sadín, B. (1995). El estrés; en González, M. & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), pp. 189-198. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/4044>

Sadín, B. (1995). El estrés; en Sadín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3941>

Sadín, B. (1999). Estrés psicosocial; en González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev. Panam Salud Pública*, 23(1), 7-18. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a02v23n1.pdf>

Sadín, B., Chorot, P., Santed, M. & Jiménez, M. (1994). Stress behavior types personality, alexithymia, coping and statetrait anger expression; en Sadín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3941>

Sadín, B., Chorot, P., Segura, A. & Pardo, A. (1988). Estrés, Coping y Síntomas somáticos; en Sadín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3941>

Sanches, R. & dos Santos, M. (2007). Cáncer de mama, pobreza y salud mental: respuesta emocional a la enfermedad en mujeres de camadas populares. *Revista Latinoamericana*, 15(1), 45-56. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700012&script=sci_arttext&tlng=es

Sánchez, C., Sánchez, E. & Gerson, R. (2003). Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. México: Manual Moderno.

Sebastian, J., Mateos, N. & Bueno, M. (2005). Expresión emocional y Personalidad Tipo C: diferencias entre mujeres con patología maligna, benigna y normales. Recuperado de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>.

Secretaria de Salud. (2007). Manual de exploración clínica de las mamas. Consultado el 2 de septiembre del 2014 en: http://asgoped.files.wordpress.com/2012/09/manual-clinica-de-mama_pdf.pdf

Secretaría de Salud. (2012). Cáncer cérvico-uterino. Consultado el 4 de enero de 2014 en: <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino.html>.

Secretaría de Salud. (2013). Los 5 Tipos de Cáncer que más Afectan a Mexicanos. Consultado el 21 de enero de 2014 en: <http://www.spps.gob.mx/noticias/1445-5-tipos-cancer-mas-afectan-mexicanos.html>.

Secretaria de Salud. (2014). Cáncer de mama. Consultado el 20 de agosto de 2014 en: http://www.nl.gob.mx/?P=salud_preencion_cancer_mama

Seelbach, G. (2012). Teorías de la Personalidad. México: Red Tercer Milenio.

Selye, H. (1976). The general adaptation syndrome and the disease of adaptation; en Galimberti, U. (2009). Diccionario de Psicología. México: Siglo XXI. 452-453.

Serrano, R., Uribe, C., Díaz, L. & Dangond, Y. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2),

146-160.

Recuperado

de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>

Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>.

Smith, W. & Sebastian, H. (1976). Emotional history and pathogenesis of cancer; en Flores, J. (1994). La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. España: Edika Med.

Spiegel, D. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer; en Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>.

Spielberger, S. (1988). Rationality/Emotional defensiveness Scale and Need of Harmony Preliminary Manuals; en López, A., Esteve, R., Ramírez, C. & Anarte, M. (1998). Dimensionalización del Constructo de Personalidad Tipo C. *Revista Psykhe*, 7(1), 3-12. Recuperado de: http://www.dolorcronicoy psicologia.es/Art%C3%ADculo_TipoC_Psykh%C3%A9.pdf

Spielberger, S. (1988). Rationality/Emotional defensiveness Scale and Need of Harmony Preliminary Manuals; en Sebastián, J., & Miret, M. (2009). De los trabajos de Grossarth-Maticek y Eysenck a las escalas de Spielberger: su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 453-480. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3071080>

Stierlin, H. (2003). ¿Es posible prevenir el cáncer?. Barcelona: Editorial Herder.

Suárez-Vera D. (2002). Personalidad, cáncer y sobrevida. La Habana Cuba: Científico-Técnica.

Susbiells, J. (2009). Estrés y Patrón de conducta o género. Recuperado de: <http://estreslaboral.fullblog.com.ar/patron-de-conducta-genero-y-estres-681236872035.html>.

Temoshok, I. (1987). Personality, coping style, emotion and cáncer:towards an integrative model; en Anarte, M., López, A., Ramírez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología* 16(2), 133-141. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29271/28341>

Temoshok, L. & Heller, B. (1984). Sobre la comparación de manzanas, naranjas y ensalada de fruta: una vista de conjunto, metodológica de los estudios de resultados médicos en oncología psicosocial; en Sebastian, J., Mateos, N. & Bueno, M. (2005). Expresión emocional y Personalidad Tipo C: diferencias entre mujeres con patología maligna, benigna y normales. Recuperado de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>.

Temoshok, L. (1985). The Relationship of Psychosocial Factors to Pronostic Indicators in Cutaneous Malignan Melanoma; en Viollaz, M. (2004). *Influencia del estrés y personalidad en la etiología de cáncer: formas de prevenirlo*. Tesis de Licenciatura. Área Académica de Psicología. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.

The Baja Cancer Advocacy Project (2014). Efectos emocionales del cancer.Disponible en: <http://www.supervivientes.org/page7/page10/page14/page14.html>.

Torres, A. (2006). Relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama. *Revista Universitas Psychologica*, 5(3), 563-574. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750311>

Torres, A., Bustamante, J., Torres, A., Oliva, J., Morales, M. & Román, E. (2013). *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(2), 71-76. Recuperado de:

http://www.comego.org.mx/formatos/Revista%20de%20GO%20de%20M%C3%A9xico/2013/femego_febrero_2013.pdf

Torres, J. (2002). Revisitando la conducta tipo A en directivos mexicanos: incidencia en el último decenio del siglo XX. *Revista Investigación Administrativa*, 90. Recuperado de:

<http://132.248.9.34/hevila/InvestigacionAdministrativa/2002/vol31/no90/7.pdf>

Torres-Mejía, G., Ortega-Olvera, C., Ángeles-Llerenas, A., Allen-Leigh, B., Rojas, R., Villalobos-Hernández, A., Lazcano-Ponce, E. & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT): Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: Soluciones al alcance. Recuperado de:

<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/RetosCancerMujer.pdf>

Usuche, M. (2008). *Factores de personalidad relacionados con el Síndrome de Burnout a partir de los Tipos de Personalidad A, B y C*. Tesis de Licenciatura. Área académica de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Velázquez, N., Vázquez, L. & Alvarado, S. (2009). Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos. *Revista Cancerología*, 4, 19-29. Recuperado de:

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541120.pdf>

Villalobos-Pérez, A., Echeverri-Echeverria, P., León-Sanabria, G., Brenes-Sáenz, J. & Quirós-Morales, D. (2004). Desarrollo de una escala psicométrica para medir factores de estrés, depresión y patrón de conducta tipo A. *Revista cúpula*. 34-41. Recuperado de:

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art4.pdf>

Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo c en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (1), 161-168. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80632204.pdf>

Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. & López, A. (2006). Evaluación del Patrón de Conducta Tipo C y su relación con la cognición

hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Revista Universitas Psychologica*, 5(3), 575-583. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750312>

Viollaz, M. (2004). *Influencia del estrés y personalidad en la etiología de cáncer: formas de prevenirlo*. Tesis de Licenciatura. Área Académica de Psicología. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.

Wiesner, C. (2007). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana Cancerol*, 11(1), 13-22. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=49342&id_seccion=1161&id_ejemplar=4999&id_revista=92

Women, S. (2013). Datos para la vida: Factores de riesgo de cáncer de seno. Recuperado de: http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-372-SP.pdf.

Womens Health. (2014). Prueba de Papanicolaou. Consultado el 1º de septiembre del 2014 en: <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/prueba-de-papanicolaou.html>

Yabroff, K., Davis, W., Lamont, E., Fahey, A., Topor, M., Brown, M. & Warren, J. (2007). Patient time costs associated with cancer care. *Journal National Cancer Institute Articles*, 99(1), 14-23. Recuperado de: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/99/1/14.full.pdf>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario PCTC

Cuestionario PCTC

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen la forma como algunas personas sienten, piensan o actúan. Enfrente de cada afirmación encontrará un espacio donde se debe contestar con un SI o un No.

Lea cada afirmación y decida si se aplican a su forma de sentir, pensar o actuar la mayor parte de las veces, si es así, marque con una equis (X) en el espacio que corresponde al SI; si considera que no se aplica a su forma de sentir, pensar o actuar, marque con una equis (X) en el espacio correspondiente al NO.

Trate de contestar a las afirmaciones de forma espontánea, no emplee mucho tiempo para pensar en su respuesta, y conteste cada una sin dejar espacios en blanco.

Recuerde que no existen respuestas “buenas” ni “malas” ya que ésta no es una prueba de conocimientos, sino de diferentes formas de actuar., no conteste pensando en lo que sería “bueno” o más saludable, sino en lo que realmente corresponde a su forma de pensar, sentir y actuar.

1. Por llevarme bien con las personas que quiero, estoy dispuesta a sacrificarme solo hasta cierto punto.	Si	No
2.Hago las cosas dejándome llevar por el corazón	Si	No

3. Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y “me pongo en su pellejo” para comprender por qué me ha hecho eso.	Si	No
4. Por agradar a las personas que me importan, estoy dispuesta a renunciar a cualquier cosa.	Si	No
5. Cuando me siento agresiva, me controlo y no muestro mi disgusto.	Si	No
6. Intento comprender a los demás aunque me caigan mal.	Si	No
7. Por contentar a las personas que me importan, estoy dispuesta a renunciar a cosas solo hasta cierto punto.	Si	No
8. Cuando estoy disgustada disimulo mi enfado.	Si	No
9. Aunque las personas que me importan se disgusten conmigo, estoy dispuesta a renunciar a mis puntos de vista solo hasta cierto punto.	Si	No
10. Cuando me encuentro de mal ánimo, me controlo y no muestro mi estado de ánimo.	Si	No
11. Cuando alguien hace algo que vaya en contra de mis intereses, o en contra mía, a mí me resulta muy difícil “ponerme en su pellejo” y comprenderlo.	Si	No
12. Actúo guiada por la cabeza (razón)	Si	No
13. Por hacer felices a las personas que quiero, estoy dispuesta a entregar todo lo que haga falta.	Si	No
14. Cuando me siento agresiva, me descontrolo y lo demuestro.	Si	No
15. Cuando estoy triste, disimulo la tristeza.	Si	No
16. Actúo dejándome llevar por el corazón y no por la cabeza.	Si	No
17. Soy comprensiva, incluso con la gente que me cae mal.	Si	No

18. Por mantener buenas relaciones con las personas que me importan, estoy dispuesta a ceder todo lo que haga falta	Si	No
19. Cuando estoy disgustada por algo, intento disimular poniendo buena cara.	Si	No
20. Actúo usando la cabeza y no me dejo llevar por los impulsos.	Si	No
21. Cuando estoy preocupada me controlo y no muestro mi preocupación.	Si	No
22. Justifico a los demás, aunque hagan cosas en contra de mis intereses, o en contra mía.	Si	No
23. Cuando me siento enojada, me controlo y no muestro mi agresividad.	Si	No
24. Cuando estoy triste, intento disimular que estoy triste.	Si	No
25. Cuando estoy preocupada, disimulo la preocupación.	Si	No
26. Cuando alguien me hiere en lo más profundo, a mí me resulta imposible comprenderlo y tratarlo justamente.	Si	No

Anexo 2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

INSTRUCCIONES: Marque la opción que mejor represente en qué medida ha utilizado la forma de pensar y comportarse para afrontar los problemas o situaciones estresantes en el último año.

0= Nunca

1= Pocas veces

2= A veces

3= Frecuentemente

4= Casi siempre

Número/ Ítem		0	1	2	3	4
1.	Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal					
2.	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
3.	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
4.	Asistí a la Iglesia					
5.	Intenté sacar algo positivo del problema					
6.	Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
7.	Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo					
8.	Me comporté de forma hostil con los demás					
9.	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					

10.	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
11.	Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
12.	Agredí a algunas personas					
13.	Procuré no pensar en el problema					
14.	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
15.	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
16.	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”					
17.	Me irrité con alguna gente					
18.	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
19.	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
20.	Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos					
21.	Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar					

Anexo 3. Escala Cultural Para la Detección de Cáncer.

ESCALA CULTURAL PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER

INSTRUCCIONES: Por favor piense en el cáncer de mama y cérvico-uterino y en los exámenes de detección de éstos (Mamografía o examen mamario y Papanicolaou) y responda las siguientes preguntas.

1= Totalmente en desacuerdo

7= Totalmente de acuerdo

No.	Pregunta	1	2	3	4	5	6	7
1.	El cáncer mamario es lo peor que le puede pasar a una mujer							
2.	El cáncer cérvico-uterino es lo peor que le puede pasar a una mujer							
3.	El cáncer mamario es una enfermedad mortal							
4.	El cáncer cérvico-uterino es una enfermedad mortal							
5.	No es importante hacerse exámenes para detección de cáncer de seno regularmente porque de todas maneras algún día nos moriremos de algo							
6.	No es importante hacerse exámenes para la detección de cáncer cérvico-uterino regularmente porque de todas maneras algún día nos moriremos de algo							
7.	No es necesario hacer un examen mamario regularmente porque de todas maneras está en las manos de Dios							
8.	No es necesario hacer un Papanicolaou regularmente porque de todas maneras está en las manos de Dios							
9.	No es muy importante examinarse regularmente porque si vas a tener cáncer lo tienes, no importa lo que uno haga							

INSTRUCCIONES: Por favor indique hasta qué grado los siguiente sería un OBSTÁCULO o una razón para no hacerse exámenes regulares para la detección de cáncer mamario y cáncer cérvico-uterino (Mamografía o examen mamario y Papanicolaou)

1= Para nada

7= Mucho

No.	Pregunta	1	2	3	4	5	6	7
1	Tener problemas para la cita							
2.	No saber dónde puedo hacerme los exámenes							
3.	No poder tomar tiempo libre del trabajo							
4.	No tener transporte para ir a la cita							
5.	No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita							
6.	Tener que cuidar a mis hijo(s) o familia							
7.	No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen							
8.	Sentirme saludable							
9.	Tener muchos resultados normales en el pasado							
10.	No sentir nada anormal							

¿Qué piensa acerca de los profesionales de la salud que hacen MAMOGRAFÍAS, EXÁMENES CLÍNICOS MAMARIOS Y PAPANICOLAOU?

1= Totalmente en desacuerdo

7=Totalmente de acuerdo

No.	Pregunta	1	2	3	4	5	6	7
1.	Los profesionales de la salud no tienen compasión por lo que sus pacientes están pasando							
2.	Los profesionales de la salud siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes							

3.	No me siento cómoda con los profesionales de salud que hacen el examen						
4.	Algunos profesionales de la salud tocan inapropiadamente a sus pacientes						
5.	Los profesionales de la salud que hacen los exámenes de detección de cáncer no son confiables						

Anexo 4. Formato de datos sociodemográficos.



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La información que usted nos proporcione será de gran utilidad para avanzar en el conocimiento sobre educación para la salud, por lo que le pedimos sea lo más sincera posible.

Agradecemos su colaboración y le aseguramos el total anonimato.

Folio /__/_/_/_/_/

Fecha/___/___/___/

Lugar de la entrevista

- () La raza
- () Parque de poblamiento
- () Jesús del rosal
- () Rojo Gómez

Nombre de la Colonia donde vive:

Datos demográficos

1. Edad _____ años cumplidos Fecha de nacimiento/___/___/___/
2. Lugar de nacimiento
() Hidalgo

- Otro estado
(especificar): _____
3. Actualmente vive:
- Sola
 Con esposo o compañero
 Con los padres
 Otro
(especificar): _____
4. Estado civil:
- Soltera
 Casada
 Divorciada
 Viuda
 Separada
 Unión libre
5. Escolaridad:
- Sin estudios
 Sabe leer y escribir
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Bachillerato o preparatoria incompleta
 Bachillerato o preparatoria completa
 Carrera técnica
 Licenciatura incompleta
 Licenciatura completa
 Posgrado
 Otra
(especificar): _____
6. El ingreso familiar mensual es aproximadamente de:
(Teniendo en cuenta que el salario mínimo es de \$63.77 en Hidalgo).
- Menos de un salario mínimo
 De 1 a menos de 3
 De 3 a menos de 6
 De 6 a menos de 9
 De 9 a menos de 12
 De 12 o más
7. Ocupación

- Ama de casa
- Empleada
- Negocio propio
- Estudiante
- Otro

(especificar): _____

8. Religión:

- Católica
- Judía
- Mormona
- Testigo de Jehová
- Cristiana
- Otra

(especificar): _____

9. ¿Cuánto tiempo en años completos tiene de vivir en su domicilio actual?

- Menos de 1 año
- 1-5 años
- 6-10 años
- 10 años o más

10. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución de salud?

- No
- IMSS
- ISSSTE
- Seguro Popular
- PEMEX o Fuerza Armada
- Otra (especificar): _____

11. Por lo general ¿a dónde acude cuando necesita atención médica?

- IMSS
- ISSSTE
- PEMEX o Fuerza Armada
- Secretaría de Salud (SSa)
- Seguro Popular
- Privado
- Otra

(especificar): _____

12. Si usted no asiste a la institución que le corresponde, ¿cuál es su motivo?

- Tener problemas para la cita

- No saber dónde puedo hacerme los exámenes
- No poder tomar tiempo libre del trabajo
- No tener transporte para ir a la cita
- No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita
- Tener que cuidar a mis hijos o familia
- No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen
- Sentirme saludable
- Tener muchos resultados normales en el pasado
- No sentir nada anormal
- Otro (especificar):

13. ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza para llegar al lugar donde se atiende?

- Camión o colectiva
- Auto propio
- A pie
- Taxi
- Otro (especificar):

14. ¿Cuánto tiempo hace usted de su casa al lugar donde se atiende?

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- Entre 30 minutos y 1 hora
- Entre 1 hora y 2 horas
- Más de 2 horas

15. ¿Hay suficiente transporte para llegar a la clínica?

- Si
- No

16. Por lo general, ¿cuánto tiempo tiene que esperar para que le atiendan?

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- Entre 30 minutos y 1 hora
- Entre 1 hora y 2 horas
- Más de 2 horas

17. Es preferible que las revisiones ginecológicas las realice:

- Personal de sexo masculino

- () Personal de sexo femenino
 () Personal de cualquiera de los dos sexos
18. Realizar las acciones convenientes para estar sana es responsabilidad de:
- () Médico
 () Uno mismo
 () Familiares
 () Otro
 (especificar): _____

Historia gineco-obstétrica

19. ¿A qué edad tuvo su primera regla? _____ años
20. ¿Tiene hijos? () Si () No
21. ¿A qué edad se embarazó por primera vez? _____
22. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____
23. ¿Los amamantó? () Si () No ¿Por cuánto tiempo?
- () 0-2 meses
 () 3- 6 meses
 () Más de 6 meses
24. ¿Utiliza métodos de planificación familiar? () Si () No
25. ¿Cuál?
- () Hormonales
 () DIU
 () Métodos de barrera
 () Esterilización voluntaria
 () Método de abstinencia periódica
 () Método que interrumpe la relación sexual
 () Espermicidas solos
 () Otro (especificar): _____
-
26. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando dicho método?
- () 1-5 años
 () 5-10 años
 () 10 años o más
27. ¿Fuma? () Si () No
28. ¿Cuántos cigarros al día?
- () 1-3 cigarros

- 4-6 cigarros
 - 7 o más cigarros
29. Algunas mujeres presentan molestias en los senos. ¿En el último año usted ha presentado alguno o algunos de los siguientes síntomas? Marque con una cruz.
- Cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja
 - Salida de sangre por pezón
 - Pezón hundido
 - Salida de secreción blanquecina por pezón
 - Bolitas al tocarse sus senos
 - Cambio de coloración en axilas
 - Bolitas en sus axilas
 - Abscesos en sus senos
 - Dolor en sus senos
 - Lunares que hayan cambiado de color, de tamaño o que sangren
 - Úlceras
 - Aumento de la temperatura en alguna parte de sus senos o axilas
30. ¿En el último año usted ha presentado alguno o algunos de los siguientes síntomas? Marque con una cruz.
- Sangrado vaginal anormal entre periodos
 - Sangrado anormal después de sostener relaciones sexuales (coito vaginal)
 - Sangrado vaginal anormal después de la menopausia
 - Periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal
 - Flujo vaginal que no cesa (flujo pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido)
 - Dolor durante las relaciones sexuales (coito vaginal)
31. ¿Sabe qué es la exploración de mamas?
- Si
 - No
32. ¿Sabe qué es el Papanicolaou?
- Si
 - No
33. ¿Cómo se enteró de la exploración de mamas?
- Medios de comunicación (televisión, radio, internet...)
 - Amigos
 - Plática de expertos

- Médico
 - Otro (especificar):
-

34. ¿Cómo se enteró del Papanicolaou?
- Medios de comunicación (televisión, radio, internet...)
 - Amigos
 - Plática de expertos
 - Médico
 - Otro (especificar):
-

35. El examen de la exploración de mamas se hace para:
-
-

36. El Papanicolaou se hace para:
-
-

37. ¿Conoce el estudio de mastografía o mamografía?

- Si
- No

38. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado la mastografía o mamografía?

- Una sola vez
- De 2 a 4 veces
- De 5 a 7 veces
- 8 veces o más

39. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado el Papanicolaou?

- Una sola vez
- De 2 a 4 veces
- De 5 a 7 veces
- 8 veces o más

40. Anote el año y mes en que se realizó por última vez la mastografía o mamografía
-

41. El resultado del estudio se lo entregaron:

- Una semana después
- 2 semanas después
- 4 semanas después
- Más de 4 semanas después
- No se lo entregaron

- () No lo recogió
42. Anote el año y mes en que se realizó por última vez el Papanicolaou _____
43. El resultado del estudio se lo entregaron:
- () Una semana después
- () 2 semanas después
- () 4 semanas después
- () Más de 4 semanas después
- () No se lo entregaron
- () No lo recogió
44. ¿Se ha hecho alguna vez la exploración de mamas?
- () Si
- () No
45. ¿Qué edad tenía cuando se realizó por primera vez la exploración de mamas?
- _____
46. ¿Se ha hecho alguna vez el Papanicolaou?
- () Si
- () No
47. ¿Qué edad tenía cuando se realizó por primera vez el Papanicolaou?
- _____
48. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado la autoexploración de mamas?
- () Una sola vez
- () De 2 a 4 veces
- () De 5 a 7 veces
- () 8 veces o más
49. Anote el año y mes en que se realizó por primera vez la autoexploración de mamas:
- _____
50. ¿En dónde se realizó la última revisión de sus mamas (mastografía o mamografía)?
- () IMSS
- () ISSSTE
- () PEMEX o Fuerza Armada
- () Secretaría de Salud (SSa)
- () Seguro Popular
- () Privado

- () Otra
(especificar): _____
51. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado el Papanicolaou?
 () Una sola vez
 () De 2 a 4 veces
 () De 5 a 7 veces
 () 8 veces o más
52. Anote el año y mes en que se realizó por primera vez el Papanicolaou: _____
53. ¿En dónde se realizó el último Papanicolaou?
 () IMSS
 () ISSSTE
 () PEMEX o Fuerza Armada
 () Secretaría de Salud (SSa)
 () Seguro Popular
 () Privado
 () Otra
 (especificar): _____
54. ¿Alguna vez ha acudido con el personal de salud para que le exploren sus mamas? () Si () No
55. ¿Le han enseñado por parte del personal de salud cómo explorarse sus mamas? () Si () No
56. ¿En su familia hay o ha habido personas que enfermaron de cáncer de mama? () Si () No ¿Quién o quiénes?
 () Familiar cercano (Padres, Abuelos o hermanos)
 () Familiar distante (Primos, tíos, etc.)
57. ¿En su familia hay o ha habido personas que enfermaron de cáncer cérvico-uterino? () Si () No ¿Quién o quiénes?
 () Familiar cercano (Padres, Abuelos o hermanos)
 () Familiar distante (Primos, tíos, etc.)
58. ¿Usted ha tenido en algún momento de su vida cáncer?
 () Si
 () No
 Si su respuesta es SI: ¿Qué tipo de cáncer padeció?
 () De mama
 () Cérvico-uterino
 () Leucemia
 () Pulmón

() Estómago

() Hígado

() Colón

() Otro: _____

59. ¿Usted cree que la vida de la mujer puede depender de que se anticipe periódicamente el examen de exploración de mama?

() Si

() No

60. ¿Usted cree que la vida de la mujer puede depender de que se practique periódicamente el Papanicolaou?

() Si

() No

Anexo 5. Carta de consentimiento informado.

El Área Académica de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo sustenta la práctica de protección para sujetos humanos participantes en esta investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuaria de los Servicios de Salud de Hidalgo.

El propósito del estudio es conocer las barreras que las mujeres de Pachuca, Hidalgo presentan para no realizarse la exploración de mama; para ello se le pedirá que si sabe leer y escribir conteste un cuestionario, o en caso de que no sepa una persona le apoyará haciéndole las preguntas de forma verbal para responder el cuestionario. Ahí se le preguntarán datos generales, datos de su historia médica, sentimientos, creencias y actitudes hacia la exploración de mama y la realización del Papanicolaou. Participarán alrededor de 100 usuarias de los centros de Salud que conforman el municipio de Pachuca, Hidalgo.

Es probable que pueda sentirse incómoda o con pena con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar las estrategias necesarias para identificar los motivos por los que las mujeres de Pachuca no se realizan la autoexploración y el Papanicolaou regularmente y así realizar las medidas necesarias para favorecer que las mujeres se realicen dichos estudios identificando a tiempo problemáticas, y contribuyendo así a la disminución de la muerte por cáncer de mama y cérvico-uterino.

Nombre y Firma de la Participante.

Informes

P. Psic. Lucero Itzel Labra Alvarado

Teléfono: 7717936411

lila.56@hotmail.com

P. Psic. Alejandra Sandoval González

Teléfono: 7711940653

alex_san0306@hotmail.com