

## Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa

### Coping in breast cancer patients: a narrative review

Rosa Lilia Castillo-López  
Universidad Veracruzana.  
Instituto de Investigaciones Psicológicas

Dra. María Luisa Marván Garduño  
Universidad Veracruzana.  
Instituto de Investigaciones Psicológicas

Dr. Oscar Galindo Vázquez  
Instituto Nacional de Cancerología INCan.  
Servicio de Psicooncología  
Universidad Nacional Autónoma de México  
(UNAM). Facultad de Psicología

Dr. Edgar Landa-Ramírez  
Universidad Nacional Autónoma de México  
(UNAM). Facultad de Psicología  
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”  
Departamento de Urgencias Médicas.

En México, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar de incidencia y es la causa más común de muerte en mujeres. Recibir un diagnóstico de cáncer provoca que muchos pacientes presenten niveles elevados de estrés psicológico, por lo que se requiere de un proceso de adaptación que les permita ajustarse adecuadamente a las consecuencias del diagnóstico. Debido a que el afrontamiento representa un indicador efectivo de la forma en la que las pacientes se adaptan al diagnóstico y el tratamiento, se realizó una revisión de literatura para identificar el estado actual del conocimiento sobre el afrontamiento en este grupo de pacientes. A partir de esta revisión identificamos tres áreas: a) las principales aproximaciones conceptuales y sus limitaciones, b) los instrumentos que permite explorar cada constructo, así como las inconsistencias tanto teóricas como psicométricas y c) los factores psicosociales asociados con el afrontamiento. Las mediciones que se han hecho parecen identificar que algunas formas de afrontamiento se han asociado con aspectos como las creencias, la espiritualidad, la edad y problemas emocionales como la sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que se concluye que la identificación oportuna de la forma en la que las pacientes afrontan el cáncer, puede ser un facilitador de la prevención de problemas psicológicos en esta población.

*Palabras clave:* afrontamiento, cáncer de mama, revisión, adaptación psicológica.

In Mexico, breast cancer ranks second in incidence and is the most common cause of death in women. Many patients present high levels of psychological stress when they receive a cancer diagnosis that is why an adaptation process is needed so it allows them to adjust adequately to the consequences of their diagnosis. Because coping is an effective indicator of the way in which patients adapt to diagnosis and treatment, a literature review was conducted to identify the current state of knowledge about coping in this group of patients. Based on these reviews, we identified three areas: a) the main conceptual approaches and their limitations, b) the tools that explore each construct, as well as theoretical and psychometric inconsistencies and c) the psychosocial factors associated with coping. Measurements that have been made seem to identify that some forms of coping have been associated with aspects such as beliefs, spirituality, age, and emotional problems such as anxious and depressive symptomatology, thus concluding that timely identification of the form in which the patients cope cancer, can be a facilitator of the prevention of psychological problems in this population.

*Keywords:* coping, breast cancer, revision, psychological adaptation.

Dirección para correspondencia:

Mtra. en Psicología Rosa Lilia Castillo López, Instituto de investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas. C.P. 91190, Xalapa, Veracruz. Tel. 012281291963.  
Correo electrónico: psic.roxcastillo@gmail.com

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), define el cáncer de mama (CaMa) como una enfermedad maligna caracterizada por la proliferación descontrolada de células en distintos tejidos de la glándula mamaria, que forman un tumor que invade los tejidos vecinos y puede llegar hasta órganos distantes. El CaMa representa un grave problema de salud pública, pues ocupa el segundo lugar de incidencia y el quinto lugar en mortalidad por cáncer a nivel mundial; es la principal causa de muerte en mujeres en países en vías de desarrollo; y en América Latina y el Caribe representa el 27% de los nuevos casos de cáncer y el 15% de las defunciones por tumor maligno (Ferlay et al., 2012; Ferlay et al., 2015).

En México, el CaMa ocupa el segundo lugar de incidencia y es la causa más común de muerte en mujeres, provocando el 14% de las defunciones por tumores malignos (Ferlay et al., 2012). En mujeres en edad reproductiva (30 a 49 años) es el que más predomina y junto con el cervicouterino representan entre el 25 y 30% de muertes por tumor maligno en este grupo etario (Gómez-Dantés et al., 2016).

El hecho de que una persona reciba un diagnóstico de cáncer, así como el tener que someterse a diversos tratamientos con efectos secundarios a veces incapacitantes, provoca que muchos pacientes presenten niveles elevados de estrés psicológico (Cano, 2005). Además, se ha reportado que el diagnóstico de CaMa impacta en diversas áreas de la vida de las pacientes, pues se ha asociado con cambios en la percepción de la imagen corporal (Fobair et al., 2006) la sexualidad (Emilee, Ussher, & Perz, 2010), el distrés (Bleike, Pouwer, van der Ploeg, Leer, & Adèr, 2000), la depresión y ansiedad (Montazeri et al., 2000) y en general en afectaciones en la calidad de vida (Sandgren, Mullens, Erickson, Romanek, & McCaul, 2004). Por lo anterior, este grupo de pacientes requiere de un proceso de adaptación que les permita manejar los cambios que se presentan a consecuencia del diagnóstico (Gilbar, 2005).

El afrontamiento que la paciente tenga ante el CaMa, puede ser crucial para la adaptación a la enfermedad; al respecto, este concepto ha sido definido como un proceso en el que se hacen constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico generado por situaciones internas o externas que son percibidas como amenazantes o desbordantes para una persona (Lazarus & Folkman, 1980).

En pacientes con diagnóstico de cáncer, se ha reportado que el hecho de percibir la enfermedad como un daño o pérdida, se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación, es decir, el paciente se aleja cognitivamente de lo relacionado con el tratamiento del cáncer. En contraste, el percibir la enfermedad como un reto se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento aproximativas, fomentando así la búsqueda de información sobre el diagnóstico y actividades de cumplimiento de los regímenes de tratamiento; especialmente cuando se considera la posibilidad de un resultado positivo de la enfermedad (Franks & Roesch, 2006).

En este contexto, identificar el tipo de afrontamiento utilizado permitiría anticipar potenciales dificultades para la ade-

cuada adaptación a la enfermedad, por lo que el afrontamiento puede representar un indicador efectivo de la forma en la que las pacientes con CaMa se adaptan al diagnóstico y el tratamiento (Haber, 2000). Lo anterior se observa de forma clara en la última revisión con meta-análisis en la que se estudió el afrontamiento en pacientes con CaMa, la cual incluyó artículos publicados desde 1990 hasta 2013, se encontró que algunos tipos de afrontamiento, como la evitación y la desconexión se asociaron con un mayor afecto negativo, por otro lado, la aceptación y la revalorización positiva se relacionaron con niveles bajos de afecto negativo en las pacientes, además, se observó que en varias circunstancias, la efectividad del afrontamiento dependía de diversos factores, como el estadio del cáncer, el tratamiento, la duración de la enfermedad y la forma en la que se midió el afrontamiento (Kvillemo & Brånström, 2014). Como se muestra en la última revisión, es relevante reportar evidencia actual del afrontamiento en este grupo poblacional, pero sobre todo, es de suma importancia mostrar con claridad las aproximaciones teóricas y metodológicas con las que se aborda este constructo. Es así, que el objetivo de esta revisión fue identificar el estado actual del conocimiento, tanto en lo teórico como en lo empírico, sobre el afrontamiento en pacientes con CaMa.

## METODOLOGÍA

Para la búsqueda de evidencia sobre el tema se revisaron las bases de datos PsycInfo, PubMed y CINAHL, empleando los siguientes términos MeSH y palabras clave en inglés: psychological adaptation, coping, coping strategies, coping skill, adaptive behavior, behavior adaptive, coping behavior, psychological adaptation, psychological adjustment y coping styles. Adicionalmente, se hizo una revisión en el WEB of Science sobre los modelos teóricos del constructo de afrontamiento, así como su uso en población oncológica. En ninguna de las dos revisiones hubo restricción en cuanto a las fechas de publicación. Las búsquedas se realizaron entre los meses de abril y mayo de 2017.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos sobre afrontamiento en CaMa fueron: a) que fueran estudios observacionales y/o correlacionales, b) que las participantes tuvieran diagnóstico de CaMa, y c) que fueran estudios cuyo objetivo fuera analizar el afrontamiento. Los criterios de exclusión fueron: a) estudios de opiniones de expertos y b) estudios repetidos.

## RESULTADOS

### *Aspectos conceptuales del afrontamiento en cáncer de mama*

Se pudieron identificar tres constructos utilizados comúnmente para abordar el afrontamiento en población oncológica: a) los estilos de afrontamiento, b) las estrategias de afrontamiento, y c) el ajuste mental al cáncer.

Los estilos de afrontamiento son entendidos como formas estables y consistentes de afrontar el estrés, y surgen del modelo de estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman

(1984). A partir de este modelo, otros autores plantearon una estructura multidimensional para explicar las categorías del afrontamiento. Estas dimensiones, de forma general, se agrupan en dos estilos de afrontamiento: uno es el dirigido al problema, y se enfoca en realizar acciones para resolver las demandas que surgen de él; y el otro está dirigido a la emoción, lo que implica una regulación de las respuestas emocionales que resultan del problema (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Posteriormente, Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) plantearon una segunda estructura, también basada en el modelo original propuesto por Lazarus y Folkman (1984), conocida como estrategias de afrontamiento. Dichas estrategias se definen como acciones específicas que pueden variar dependiendo del contexto de la situación estresante. Los autores citados extrajeron niveles generales de análisis, los cuales permiten identificar dos tipos de estrategias: a) las centradas en la aproximación, que representan esfuerzos cognitivos y conductuales para encarar y controlar directamente el evento estresante, y b) las centradas en la evitación, las cuales implican una reducción de la tensión mediante el escape del estresor.

Por otro lado, se ha utilizado también el constructo de ajuste mental al cáncer, el cual se define como las respuestas cognitivas y conductuales del paciente ante el diagnóstico de cáncer (Watson, Greer, Blake, & Shrapnell, 1984). Aunque en diversas investigaciones se aborda este constructo, no queda clara la teoría que lo fundamenta, pues solo se proporciona la definición conceptual y el instrumento con el que se puede evaluar el constructo. Dicho instrumento consta de cuatro factores que han sido manejados como equivalentes a dimensiones teóricas, a saber: 1) Espíritu de lucha, 2) Desamparo o Desesperanza, 3) Preocupación ansiosa y 4) Fatalismo (Watson et al., 1988).

En resumen, tanto los estilos como las estrategias de afrontamiento tienen su base en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). La diferencia entre ellos radica en que los estilos de afrontamiento son tendencias comportamentales establecidas por el individuo que suele utilizar ante eventos estresantes; mientras que las estrategias son herramientas que elige el individuo dependiendo de la situación estresante, es decir, son susceptibles de modificación. En cuanto al constructo del ajuste mental al cáncer, se concluye que a pesar de ser ampliamente utilizado en la literatura actual de afrontamiento, parece no tener un marco teórico que lo fundamente.

#### *Medición del afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*

En la literatura revisada se describen dos formas de explorar el afrontamiento en pacientes oncológicos, las entrevistas y las escalas. Las entrevistas fueron utilizadas en estudios de corte cualitativo, y su estructura se diseñó exclusivamente para tales investigaciones. Se han utilizado entrevistas tanto semi-estructuradas como a profundidad, y se han aplicado tanto de forma individual como mediante grupos focales (Cheng, Sit, Twinn, Cheng, & Thorne, 2013; Gonzalez et al., 2016).

Las principales escalas de medición que se han utilizado para explorar el afrontamiento en pacientes con CaMa se muestran en

la Tabla 1. Una de ellas es la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), que es un cuestionario de auto reporte compuesto originalmente por 40 reactivos y cuatro factores: 1) Espíritu de lucha, 2) Desamparo o Desesperanza, 3) Preocupación ansiosa y 4) Fatalismo (Watson et al., 1988). El MAC se ha utilizado como medida de estrategias o estilos de afrontamiento (Schwartz et al., 1992), sin embargo este instrumento fue desarrollado originalmente para la evaluación de las respuestas al cáncer. Una problemática del instrumento es su variabilidad en la estructura factorial, pues en las diversas investigaciones en que se ha utilizado se han extraído desde cuatro hasta seis factores, y cambia tanto la interpretación de cada factor como la composición de los reactivos (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, & Chrysochoou, 2006; Saita, Acquati, & Kayser, 2015). Existe una versión corta llamada mini-MAC, en la que se incluyeron los cuatro factores originales con un número menor de reactivos, y se añadió un quinto factor (Ver tabla 1) (Watson et al., 1994). Cabe mencionar que aunque es una escala muy utilizada en la actualidad, la consistencia interna de algunos factores ha resultado ser considerablemente baja en varios países como China, Corea y Taiwan (Fong & Ho, 2015; Kang et al., 2008; Wang et al., 2013).

Otra escala comúnmente utilizada para medir afrontamiento en pacientes con CaMa es la escala COPE, cabe aclarar que éstas no son siglas a pesar de que todas las letras están en mayúsculas. La versión original de este instrumento está compuesta de 60 reactivos (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), y posteriormente se creó una versión corta compuesta por 28 reactivos agrupados en 14 subescalas (Carver, 1997). El instrumento se diseñó originalmente para medir afrontamiento en población general, sin embargo, recientemente se validó en población mexicana con CaMa (Ornelas et al., 2013). Este instrumento, tanto en su versión original como en su versión validada para pacientes con CaMa, tanto mexicanas como de otros países reportó consistencias internas bajas en algunos factores. (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001; Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endle, 2002; Yusoff, Low, & Yip, 2010).

Por último, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) se creó originalmente con 72 reactivos que evaluaban afrontamiento en población general (Tobin et al., 1989), y posteriormente se creó una versión corta de 40 reactivos (Cano, Rodríguez & García, 2007), la cual se validó en población mexicana reportando una consistencia interna adecuada (Nava, Ollua, Vega, & Soria, 2010). La versión corta se compone de ocho factores primarios, dos factores de segundo orden y dos de tercer orden: 1) estrategias de aproximación y 2) estrategias de evitación. A pesar de que la validación se realizó con población general, este instrumento ya se ha utilizado con pacientes mexicanas con CaMa (Haro-Rodríguez et al., 2014).

En síntesis, el MAC y el mini-MAC son los cuestionarios más utilizados para medir afrontamiento en pacientes oncológicos a pesar de que su consistencia interna suele ser baja en algunos países; además de que no evalúa afrontamiento como tal, sino respuestas al cáncer. El COPE es el único de los tres

Tabla 1.

*Características psicométricas de los instrumentos que miden afrontamiento en pacientes con cáncer.*

<b>Autor, año / Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Población</b>	<b>Reactivos / factores</b>	<b>Varianza explicada</b>	<b>Confiabilidad (Alfa de Cronbach)</b>	<b>Validez Concurrente</b>	<b>Estabilidad</b>
<b>Watson et al., 1988 / Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC).</b>	Identificar respuestas cognitivas y conductuales del paciente ante al diagnóstico de cáncer.	235 Pacientes ingleses con varios tipos de cáncer en diversos estadios.	40 reactivos 4 factores <sup>a</sup>	No se reporta.	(0.65 a 0.84)	Correlaciones significativas (0.34 y 0.74)	Correlaciones significativas en test-retest (0.38 - 0.65)
<b>Watson et al., 1994 / Mini Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mini-MAC).</b>	Refinar la escala original y extenderla para incluir una dimensión de respuestas de evitación.	573 Pacientes ingleses con varios tipos de cáncer en diversos estadios.	29 reactivos 5 factores <sup>b</sup>	38%	No se reportan valores, solo se dice que fueron aceptables.	Correlaciones significativas (0.47 y 0.73)	No se reporta.
<b>Carver, Kumari y Scheier, 1989/ Escala COPE</b>	Desarrollar un inventario como medida de afrontamiento situacional y estilo de afrontamiento.	978 personas de población general estadounidense.	60 reactivos 14 factores <sup>c</sup>	No se reporta.	(0.62 a 0.92)	Correlaciones significativas (0.09 y 0.69)	No se reporta.
<b>Carver, 1997 Escala COPE breve</b>	Crear la versión breve de la escala COPE	508 personas de población general estadounidense	28 reactivos 14 factores <sup>d</sup>	72%	(0.50 a 0.90)	No se reporta.	No se reporta.
<b>Ornelas et al., 2013 / Escala COPE breve.</b>	1) Evaluar estilos o disposición para el afrontamiento. 2) Evaluar las respuestas de afrontamiento.	203 Pacientes mexicanas con cáncer de mama en estadios I a III.	17 reactivos 7 factores <sup>e</sup>	73%	(0.62 a 0.91)	Correlaciones significativas (0.15 y 0.36)	No se reporta.
<b>Tobin, 1989/ Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA).</b>	Replicar las dimensiones primarias del afrontamiento identificadas en estudios previos.	508 personas de población general estadounidense.	72 reactivos 8 factores <sup>f</sup>	43%	(0.71 a 0.94)	No se reporta.	Correlaciones significativas en test-retest (0.67 - 0.83)
<b>Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010/ Inventario de Estrategias de Afrontamiento.</b>	Identificar la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento, y el grado de eficacia percibida.	Población general mexicana.	40 reactivos 8 factores <sup>g</sup>	62%	(0.70 a 0.86)	Correlaciones significativas (0.13 y 0.47)	No se reporta.

<sup>a</sup>1.Espíritu de lucha, 2.Fatalismo, 3.Preocupación ansiosa, 4.Desesperanza.

<sup>b</sup>1.Espíritu de lucha, 2.Fatalismo, 3.Preocupación ansiosa, 4.Desesperanza, 5.Evitación cognitiva.

<sup>c</sup>1.-Afrontamiento Activo, 2.Planificación, 3.Supresión de actividades competitivas, 4.Afrontamiento restrictivo, 5.Apoyo social por razones instrumentales, 6.Apoyo social por razones emocionales, 7.Reinterpretación positiva, 8.Aceptación, 9.Enfoque en la religión, 10.- Centrarse en las emociones, 11.Negación, 12.Desactivación conductual, 13.Desconexión mental, 14.Desapego de alcohol y drogas

<sup>d</sup>1.Afrontamiento activo, 2.Planificación, 3.Apoyo instrumental, 4.Apoyo emocional, 5.Autodistracción, 6.Desahogo, 7.Desconexión conductual, 8.Reinterpretación positiva, 9.Negación, 10.Aceptación, 11.Religión, 12.- Uso de sustancias, 13.- Humor, 14.Autoinculpación

<sup>e</sup>1.Planación, 2.Autodistracción, 3.Humor, 4.Búsqueda de apoyo social, 5.Uso de sustancias, 6.Apoyo emocional / Religioso / espiritual, 7.Autoinculpación

<sup>f</sup>1.Solución de problemas, 2.Apoyo social, 3.Reestructuración cognitiva, 4.Expresión emocional, 5.Evitación de problemas, 6.Pensamiento desiderativo, 7.Autocrítica, 8.-Aislamiento social.

<sup>g</sup>1.Solución de problemas, 2.Apoyo social, 3.Reestructuración cognitiva, 4.Expresión emocional, 5.Evitación de problemas, 6.Pensamiento desiderativo, 7.Autocrítica, 8.-Aislamiento social.

instrumentos que está validado en población oncológica mexicana, sin embargo, se reportaron consistencias internas bajas en las subescalas, y las correlaciones para analizar la validez fueron también bajas. Por último, el IEA es el instrumento que mejor consistencia interna tiene, aunque no ha sido validado para población oncológica mexicana.

#### *Aspectos psicosociales y afrontamiento*

En varios de los artículos revisados, se identificaron algunos aspectos sociodemográficos y psicológicos asociados con el afrontamiento en pacientes con CaMa, entre los que destacan la edad, la espiritualidad, la depresión, la ansiedad, y algunos factores de personalidad.

Con respecto a la edad, los artículos encontrados datan de los 90, y mostraron que las mujeres de mayor edad, que padecen cáncer en el estadio más avanzado, presentan menor espíritu de lucha, más desesperanza, fatalismo, preocupación ansiosa, depresión y ansiedad, así como una peor calidad de vida que las más jóvenes con estadios iniciales de la enfermedad (Schnoll, Harlow, Stolbach, & Brandt, 1998). Sin embargo, también se encontró que en mujeres mayores de 65 años, la fe religiosa y espiritual proporciona el apoyo emocional y social necesario para tratar el CaMa, además de que da a las pacientes la capacidad de dar sentido a su vida cotidiana (Feher & Maly, 1999).

Estudios más recientes muestran que, efectivamente, la espiritualidad puede favorecer la adaptación emocional en las pacientes con CaMa, lo que se ha estudiado en poblaciones latinas que viven en EUA. Por ejemplo, entre más creencias en el control divino existan, menor uso de la negación como forma de afrontamiento (Umezawa et al., 2012). En otro estudio, en el que se incluyeron mujeres mexicanas, se observó que éstas presentaron un afrontamiento fatalista, particularmente enfocado a la religiosidad. Los autores de este estudio concluyeron que las oraciones religiosas son una fuente de curación emocional y espiritual durante el proceso de enfermedad (González et al., 2016).

Con relación a las variables psicológicas, se encontró que las pacientes con altos niveles de asertividad y ansiedad social son más propensas a utilizar el espíritu de lucha como respuesta de afrontamiento. Además, las relaciones de apoyo fortalecidas

predicen que las mujeres afronten con espíritu de lucha, y con una preocupación que conduce a la búsqueda de información sobre la enfermedad (Saita, Acquati, & Kayser, 2015). Por otro lado, existen ciertas respuestas de afrontamiento que se asocian a la aparición de síntomas de depresión y ansiedad, tales como el desamparo/desesperanza, el fatalismo y la preocupación ansiosa; en particular, una respuesta fatalista ante el diagnóstico de cáncer está altamente asociada con la tendencia a presentar síntomas depresivos (Watson et al., 1991). En un estudio más reciente, se encontró que el espíritu de lucha es un predictor inverso de la depresión (Alcalá, Ozkan, Kucucuk, Aslay, & Ozkan, 2012), es decir, funcionaría como un protector. El espíritu de lucha también se ha relacionado con el distrés. En este sentido, existe una correlación inversa entre estas dos variables en pacientes con reciente diagnóstico. Además, existe una correlación positiva entre la respuesta de afrontamiento fatalista y el malestar emocional, tanto en pacientes sobrevivientes como en las recién diagnosticadas (Wang, Tu, Liu, Yeh, & Hsu, 2013).

En resumen, el afrontamiento religioso y/o espiritual está presente en la población latina con CaMa, especialmente en mujeres de edad avanzada, proporcionándoles soporte emocional y social durante el proceso de su enfermedad. Además, existen asociaciones importantes entre algunas respuestas de afrontamiento y la aparición de sintomatología de distrés, ansiedad y depresión. En este sentido, es importante resaltar que la depresión ha sido identificada como un indicador de la no-adherencia a la quimioterapia en pacientes con CaMa (Wells, Strickland, Dalton, & Freeman, 2015), por lo que la forma de afrontar la enfermedad pudiera impactar, de forma indirecta, en la adherencia al tratamiento.

## CONCLUSIONES

Se han identificado tres aproximaciones conceptuales del afrontamiento, cada una con su respectivo instrumento que permite operacionalizar el constructo. De éstas, las que mayor sustento teórico presentan son las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento, ya que los dos constructos se basan en un modelo teórico de afrontamiento bien sustentado, aunque con ciertas modificaciones en las dimensiones que los componen.

Sin embargo, el constructo más utilizado para explorar el afrontamiento en población con CaMa es el ajuste mental al cáncer, a pesar de que tiene serias carencias en sus bases teóricas; esta falta de sustento teórico puede crear confusión y representa un obstáculo para la generación de evidencia coherente sobre el afrontamiento en población oncológica.

En cuanto a la evaluación del afrontamiento, se identificaron tres instrumentos. El más utilizado tiene el problema de carecer de un sustento teórico, que se refleja en una gran variabilidad de su estructura factorial. Por otro lado, se han validado dos escalas para medir afrontamiento en México, pero solo una en población oncológica aunque con una confiabilidad baja. La escala que no está validada en población oncológica, tiene una buena confiabilidad y se ha utilizado para evaluar el afrontamiento en pacientes con CaMa. Las limitaciones mencionadas en los instrumentos de medición representan un reto para la adecuada identificación de la forma en la que las pacientes con CaMa afrontan la enfermedad, por lo que resultaría de suma utilidad diseñar nuevos instrumentos o validar los existentes en la población oncológica mexicana, para obtener datos confiables que faciliten un abordaje adecuado por parte del personal de salud.

Por último, se deben tomar en cuenta las limitaciones de la presente investigación, ya que aunque se realizó de forma exhaustiva, no se cumplieron los criterios que exige una revisión sistemática. Esto conlleva ciertos sesgos, como la dificultad para replicar la investigación o la posibilidad de que algunos artículos pudieron quedarse fuera de la revisión debido a que al realizar las búsquedas no se incluyeron todas las bases de datos existentes. A pesar de las limitaciones propias de la revisión y de los problemas conceptuales y de psicometría encontrados, los resultados que se muestran, identificaron que algunas formas de afrontamiento se asocian con diversas variables psicosociales que se deben tomar en cuenta en futuras investigaciones. Finalmente, se concluye que el afrontamiento constituye una variable de estudio indispensable en la población con CaMa.

### Referencias

- Alcalá, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., & Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 940–947. doi:10.1093/jjco/hys119
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysoschoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: Construct validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79–89. doi:10.1002/pon.924
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32–39. <sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W. H., & Adèr, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209–217. doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00085-3
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71–80.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29–39.
- Cheng, H., Sit, J. W. H., Twinn, S. F., Cheng, K. K. F., & Thorne, S. (2013). Coping with breast cancer survivorship in chinese women the role of fatalism or fatalistic voluntarism. *Cancer Nursing*, 36(3), 236–244. doi:10.1097/NCC.0b013e31826542b2
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.
- Emile G., Ussher J. & Perz, J. (2010) Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, 66(4):397–407. doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.03.027
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8(5), 408–416. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<408::AID-PON409>3.0.CO;2-5
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D., & Bray, F. (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 11 GLOBOCAN. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed 08/december/2016
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359–E386.
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P., & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17–34. <sup>[1]</sup><sub>SEP</sub> doi:10.1007/BF02903157
- Fobair, P., Stewart, L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, J., & Bloom, R. (2006) Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7):579–594. doi: 10.1002/pon.991
- Fong, T. C. T., & Ho, R. T. H. (2015). Re-examining the factor structure and psychometric properties of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale in a sample of 364 Chinese cancer patients. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(2), 353–8. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2367-0>.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579.
- Franks, H. M. & Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027–1037. doi: 10.1002/pon.1043

- Gilbar, O. (2005). Breast cancer: Do Israeli women cope? A cross-sectional sample. *Families Systems & Health*, 23(2), 161-171.
- Gómez-Dantés, H., Lamadrid-Figueroa, H., Cahuana-Hurtado, L., Silverman-Retana, O., Montero, P., González-Robledo, M. C., ... Lozano, R. (2016). The burden of cancer in Mexico, 1990-2013. *Salud Pública de México*, 58(2), 118-131.
- González, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J.-W., Flores, K. F., & Nápoles, A. M. (2016). Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(1), 19-28. doi:10.1037/hea0000263
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Haro-Rodríguez, M. A., Gallardo-Vid, L. S., Martínez, M. L. M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., & Hernández, E. P. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44919
- Kang, J. I., Chung, H. C., Kim, S. J., Choi, H. J., Ahn, J. B., Jeung, H.-C., & Namkoong, K. (2008). Standardization of the Korean version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (K-Mini-MAC) scale: Factor structure, reliability and validity. *Psycho-Oncology*, 17(6), 592-7. doi.org/10.1002/pon.1277
- Kvillum, P. & Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: A meta-analysis. *PLoS One*, 9(11), e112733. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1980). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9(3), 151-157.
- Nava-Quiroz, C., Ollua, P., Vega, C. Z., & Soria, R. (2013). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Cáncer de mama: prevención y control. Factores de riesgo del cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>.
- Ornelas, R., Tufiño, M., Sierra, A., Guerrero, O., Riveros-Rosas, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Sandgren, A. K., Mullens, A. B., Erickson, S. C., Romanek, K. M., & McCaul, K. D. (2004). Confidant and breast cancer patient reports of quality of life. *Quality of Life Research*, 13(1), 155-160. doi:10.1023/B:QURE.0000015287.90952.95
- Saita, E., Acquati, C., & Kayser, K. (2015). Coping with early stage breast cancer: Examining the influence of personality traits and interpersonal closeness. *Frontiers in Psychology*, 6, 88. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00088.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L., & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 69-77. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<69::AID-PON286>3.0.CO;2-8.
- Schwartz, C. E., Daltroy, L. H., Brandt, U., Friedman, R., & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., & Kigal, J.K. (1989) The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-61. doi:10.1007/BF01173478.
- Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa-Singer, M., Leake, B., & Maly, R. C. (2012). Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 21-32. doi:10.1007/s12160-012-9358-5.
- Wang, W.-T., Tu, P.-C., Liu, T.-J., Yeh, D.-C., & Hsu, W.-Y. (2013). Mental adjustment at different phases in breast cancer trajectory: Re-examination of factor structure of the Mini-MAC and its correlation with distress. *Psycho-Oncology*, 22(4), 768-74. doi.org/10.1002/pon.3065.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S., & Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53(9), 2008-2012. doi: 10.1002/1097-0142(19840501)53:9<2008::AID-CNCR2820530934>3.0.CO;2-B.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(1), 51-7. doi: 10.1017/S0033291700014641.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(01), 203-209. doi: 10.1017/S0033291700002026.
- Watson, M., Law, M. G., Santos, M. D., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46. doi: 10.1300/J077V12N03\_03.
- Wells, J. S., Strickland, O. L., Dalton, J. A., & Freeman, S. (2015). Adherence to Intravenous Chemotherapy in African-American and Caucasian Women with Early Stage Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 38(2), 89. doi: 10.1097/NCC.0000000000000139.
- Yusoff, N., Low, W.Y., & Yip, C.H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: A Malaysian study. *Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.