

Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama**Self-esteem and coping styles in women with breast cancer**

Ovidio Martínez Brito,^I Odalys Camarero Forteza,^{II} Irayda López Llerena,^{III} Yissel Moré Soto^{IV}

^ILicenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Noelio Capote". Jaruco, Mayabeque, Cuba. E-mail: ovidiomtnez@infomed.sld.cu

^{II}Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica, Profesora Asistente. Policlínico Docente "Noelio Capote". Jaruco, Mayabeque, Cuba. E-mail: odalyscf@infomed.sld.cu

^{III}Licenciada en Psicología. Máster en Trabajo Social, Profesora Asistente. Policlínico Docente "Noelio Capote". Jaruco, Mayabeque, Cuba. E-mail: marciallg@infomed.sld.cu

^{IV}Licenciada en Psicología. Policlínico Docente "Aleida Fernández". Santa Cruz del Norte, Mayabeque, Cuba. E-mail: ovidiomtnez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: las enfermedades oncológicas están asociadas con un impacto negativo, pues generan serios problemas psicológicos, familiares y sociales. La autoestima y el afrontamiento que presenten las mujeres afectadas tendrán una influencia directa en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Objetivo: determinar los niveles de la autoestima y los estilos de afrontamiento presentes en mujeres con cáncer de mama del Consejo Popular Jaruco, provincia Mayabeque.

Método: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el período comprendido desde septiembre de 2013 hasta marzo de 2014. Se seleccionó una muestra de 30 mujeres que padecen cáncer de mama y pertenecen al Consejo Popular Jaruco. Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Las variables utilizadas fueron: autoestima y estilos de afrontamiento.

Resultados: la mayor parte de la muestra presentó edad superior a 70 años. Prevalece un tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 5 años. Los tratamientos empleados con mayor frecuencia son mixtos. La autoestima se comporta entre niveles bajos y medios. Predominó el estilo de afrontamiento con tendencia al desgaste emocional. Entre las estrategias que se emplearon, se encuentran: el autocontrol, la reevaluación positiva, y la planificación.

Conclusiones: la autoestima en las mujeres con cáncer de mama se encuentra afectada y el estilo de afrontamiento que predomina es el centrado en la emoción. Los niveles de autoestima y los estilos de afrontamiento presentan una relación significativa.

Palabras clave: cáncer de mama, autoestima y estilos de afrontamientos.

ABSTRACT

Introduction: oncological diseases are associated with a negative impact, since they generate serious psychological, family and social problems. Self-esteem and coping ways that affected women show will have a direct influence on the evolution and prognosis of the disease.

Objective: to determine the levels of self-esteem and coping styles present in women with breast cancer of Jaruco People's Council, Mayabeque province.

Method: a descriptive, cross-sectional study was performed in the period from September 2013 to March 2014. A sample of 30 women with breast cancer that belong to the Jaruco People's Council was selected. The Coopersmith Self-Esteem Inventory and Lazarus and Folkman's Ways of Coping questionnaire were applied. The variables used were: self-esteem and coping styles.

Results: most of the sample was over 70 years of age. It prevailed a time of evolution of the disease of over five years. The treatments used most often are mixed. Self-esteem behaves between low and medium levels. There was predominance of the coping style prone to emotional exhaustion. Among the strategies used were: self-control, positive reappraisal, and planning.

Conclusions: self-esteem in women with breast cancer is affected and the predominant coping style is the emotion-focused one. The levels of self-esteem and coping styles show a significant relationship.

Key words: breast cancer, self-esteem and coping styles

INTRODUCCIÓN

En nuestros días, las enfermedades oncológicas constituyen un grave problema de salud para la humanidad por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. Desde el punto de vista social están asociadas con un impacto negativo, pues generan serios problemas de orden psicológico, familiar, laboral y social.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente, desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, y la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva.¹

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.²

Desde hace varias décadas, el cáncer de mama se ha incrementado en grado notable alrededor del mundo, sobre todo en países occidentales y este crecimiento permanece, a pesar de que existen mejores instrumentos de diagnóstico, diversos programas de detección temprana, tratamientos avanzados y mayor conocimiento de los factores de riesgo.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en las féminas en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina. El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en los países desarrollados, representando un 13/100.000 mujeres, constituyendo un riesgo de 1 a 8.³

En Cuba, debido al aumento de la expectativa de vida y el alto nivel en los indicadores de salud alcanzado en las últimas cuatro décadas, el cuadro de morbimortalidad se comporta de forma similar al de los países desarrollados. El cáncer de mama es la afección que ocupa el primer eslabón dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino. Cada año se diagnostican aproximadamente 2 000 nuevos casos de cáncer mamario, con una incidencia de 34 por 100 000 mujeres y una mortalidad por esta causa de unas 1 100 mujeres cada año.⁴

Desde el punto de vista físico, la mama representa para la mujer un órgano de atracción e identificación sexual. La más mínima sospecha de mutilación trae consigo infinitas alteraciones psicológicas. La función sexual femenina de la mama después del diagnóstico y tratamiento no tiende a disminuir o a modificarse en mujeres sometidas a cirugías de reconstrucción estética (mamoplastia). Sin embargo, en las mujeres que tuvieron una mastectomía radical, se observa disminución de la libido, como consecuencia de reacciones psicológicas.

Las reacciones psicológicas de la mujer, ante la situación de padecer un cáncer de mama, son complejas y están influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida, las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psicológica, la personalidad previa, la autoestima y los estilos de afrontamiento.⁵

Se reporta que muchas mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama no aceptan su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad, rechazo, ira, temor o desesperanza. De igual manera la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer contribuye a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar.^{6,7}

Cuando se diagnostica el cáncer de mama, el tratamiento al mismo se inclina hacia lo fisiológico a través de intervenciones quirúrgicas, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal. Estas terapias son consideradas como invasivas al organismo y a la vez generadoras de desequilibrio emocional, no solo en los individuos que la padecen, sino también en los familiares y personas cercanas.

Esta situación provoca cambios o reestructuración en la vida de los pacientes, los que deben asumir nuevas estrategias de afrontamiento. Es frecuente que ocurran afectaciones en la autoestima, con ideas de distorsión de la imagen corporal, subvaloración, disminución o pérdida de la libido, rechazo inicial ante el apoyo emocional de la pareja y familia, así como sentimientos de inferioridad en comparación con mujeres aparentemente sanas.⁸⁻¹⁰

Ante la elevada demanda de los servicios psicológicos en pacientes con cáncer, es fundamental establecer un adecuado programa de intervención teniendo presente la amplitud y complejidad de los aspectos psicológicos intervinientes en esta enfermedad, por lo que resulta imprescindible profundizar en el comportamiento de los estilos de afrontamiento y la autoestima en pacientes con cáncer de mama.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito la presente investigación se propone como objetivo determinar los niveles de la autoestima y los estilos de afrontamiento presentes en mujeres con cáncer de mama del Consejo Popular Jaruco, provincia Mayabeque.

MÉTODOS

Se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar los niveles de autoestima y estilos de afrontamiento presentes en pacientes con cáncer de mama del Consejo Popular Jaruco, provincia Mayabeque. El estudio se llevó a cabo en el período comprendido desde septiembre de 2013 hasta marzo de 2014, en el Policlínico Docente "Noelio Capote".

De un universo compuesto por la totalidad de las personas diagnosticadas con cáncer de mama en el Consejo Popular Jaruco, fue seleccionada una muestra atendiendo a un criterio no probabilístico de tipo intencional, quedando conformada por 30 mujeres que padecen cáncer de mama y pertenecen al Consejo Popular Jaruco. Las variables estudiadas fueron: autoestima y estilos de afrontamiento.

Para la realización del estudio se contó con el consentimiento informado de todas las participantes. Se realizó la revisión de Historias Clínicas Individuales para determinar el estado civil, edad, tiempo de evolución de la enfermedad y el tipo de tratamiento aplicado a las pacientes.

Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para conocer el nivel de autoestima de los individuos y la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman para identificar los estilos de afrontamiento predominantes en la muestra estudiada. Todas las técnicas fueron autoaplicadas y el proceso de recogida de información se realizó teniendo en cuenta los principios éticos para la investigación científica.

Se utilizó el análisis de contingencia a través de la Dócima X^2 , para encontrar las diferencias significativas entre los valores teóricos y observados. En el caso de las tablas con más de un factor, se realizó el análisis de interacción para comprobar la existencia o no de relación entre los factores que las componen.

En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($p < 0.05$, $p < 0.01$ ó $p < 0.001$) se aplicó la Dócima de comparación Múltiple de Duncan. Para el procesamiento de la información fue utilizado el software estadístico InfoStat (V10.0).

RESULTADOS

El análisis de la tabla 1 arroja que en la muestra estudiada predominan las mujeres en el período de más de 10 años de evolución, representado por 11 sujetos, para un 36.7 % y en aquellos que presentan entre 6 y 10 años de evolución con 8 pacientes, para un 26.7 %. Este análisis sugiere la prevalencia de sujetos con mayor tiempo de evolución. Los resultados arrojaron diferencia significativa entre los valores comparados.

Tabla 1. Comportamiento de la muestra según el tiempo de evolución

Tiempo de evolución	Cantidad	%	EE(±) Signif
Menos de 1 año	2	6.7 ^b	7.30*
1 a 2 años	4	13.3 ^b	
3 a 5 años	5	16.7 ^{ab}	
6 a 10 años	8	26.7 ^{ab}	
Más de 10 años	11	36.7 ^a	

Fuente: Revisión de Historias Clínicas.

* $p < 0.05$

a,b: Letras distintas difieren significativamente para $p < 0.05$

En la tabla 2 prevalece el tratamiento mixto, aplicado a 14 pacientes, lo que representa el 46.7 % del total; seguido de la cirugía con 9 sujetos, para un 30 % y la quimioterapia que contempla 4 mujeres, para un 13.3 % del total. Se encontró diferencias significativas entre los tipos de tratamientos empleados.

Tabla 2. Comportamiento de la muestra según tipo de tratamiento

Tipo de tratamiento	Cantidad	%	EE(±) Signif
Radioterapia	2	6.7 ^c	7,11***
Quimioterapia	4	13.3 ^{bc}	
Terapia Hormonal	1	3.3 ^c	
Cirugía	9	30 ^{ab}	
Mixto	14	46.7 ^a	

Fuente: Revisión de Historias Clínicas.

*** $p < 0.001$

a,b,c: Letras distintas difieren significativamente para $p < 0.05$

Los resultados arrojaron que 14 sujetos presentan una autoestima baja, lo que corresponde al 46.7 % de la muestra estudiada; seguido por el nivel medio de autoestima con una incidencia de 9 pacientes, para un 30 % y por último, 7

mujeres cuentan con nivel alto de autoestima, indicando el 23.3 % del total (tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de los niveles de autoestima en la muestra estudiada

Niveles de autoestima	Cantidad	%	EE(±) Signif.
Alta	7	23.3	8,61 NS
Media	9	30	
Baja	14	46.7	
Total	30	100	-

Fuente: Inventario de autoestima de Coopersmith.

Existe predominio del estilo de afrontamiento centrado en las emociones, representado por 22 pacientes, para un 73.3 %, mientras que el estilo de afrontamiento centrado en el problema es aplicado por 8 mujeres, para un 26.7 % de la muestra. Se encontró diferencia significativa entre los valores comparados (tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento de los estilos de afrontamiento en la muestra estudiada

Estilos de afrontamiento	Cantidad	%	EE(±) Signif
Centrado en las emociones	22	73.3 ^a	9,13***
Centrado en el problema	8	26.7 ^b	
Total	30	100	-

Fuente: Escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

***p<0.001

a,b: Letras distintas difieren significativamente para p<0.05.

En la tabla 5 se observa que existe predominio de aquellas mujeres que presentan un estilo de afrontamiento centrado en las emociones, representado por 10 pacientes con autoestima baja, para un 33.3 %; 8 mujeres tienen autoestima media, para un 26.7 %, mientras que solo 4, para un 13.3 %, vivencian una valoración de sí misma adecuada.

De las féminas que emplean estilos de afrontamiento centrado en el problema, 4 tienen autoestima baja, para un 13.3 %, seguido de 3 pacientes, para un 10 % que poseen una autoestima alta y solo 1 presenta autoestima media, lo que representa el 3.3 % del total. Las pruebas estadísticas utilizadas confirman que existen diferencias significativas entre las variables estudiadas.

Tabla 5. Relación entre los niveles de la autoestima y los estilos de afrontamiento

Autoestima	Estilo de afrontamiento					
	Centrado en las emociones	%	Centrado en el problema	%	Total	%
Alta	4	13,3	3	10,0	7	23,3
Media	8	26,7	1	3,3	9	30,0
Baja	10	33,3	4	13,3	14	46,7
EE y Sign	6,8 NS				8,6 NS	
Total	22	73,3a	8	26,7b	30	100
EE y Sign	9,1 ***				-	-

Fuente: Escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman e Inventario de autoestima de Coopersmith.

***p<0.001

a,b: Letras distintas difieren significativamente para p<0.05.

DISCUSIÓN

La mayor parte de la muestra presenta una edad superior a los 70 años. Este resultado coincide con Rodríguez Pérez quien plantea que existe un riesgo de padecer esta enfermedad que se expresa en una curva que de los 30 a los 40 años de edad apenas hace su separación de la horizontal para iniciar a los 40 un ascenso progresivo que después de los 50 años tiende a mantenerse, pero con menos agudeza en la curva y con un nuevo ascenso importante alrededor de los 55 y hasta los 65 años.⁴

En el presente estudio prevalece un tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 5 años, con predominio de las mujeres con más de 10 años de evolución, lo cual coincide con Rodríguez Pérez cuando refiere que en Cuba la supervivencia global (incluyendo todos los estadios) es de alrededor de 54 % a los 5 años de realizada la terapéutica inicial, con cifras que van de 95 % en las etapas o estadios I y II, hasta menos de 30 % en el estadio IV.⁴

A nivel social, los tratamientos aplicados para el cáncer de mama, ya sean por cirugía, terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia o mixto, tienen una representación negativa, lo que predispone a los pacientes antes de recibir el tratamiento. En la muestra estudiada los tratamientos empleados son con mayor frecuencia los mixtos y se caracterizan por ser agresivos y provocar daños colaterales ya sea físico o psicológico a la mujer enferma.

Entre los daños físicos aparece enrojecimiento, frecuentes secreciones, náuseas, vómitos, malestar físico en general, además de dolor y sensibilidad en las mamas. Estos a su vez inciden de forma negativa en la esfera emocional, generando depresión, temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre.

Cuando se ha sufrido una mutilación y se tienen reacciones desagradables en el cuerpo, es común que la mujer se perciba como mutilada o disminuida, asumiendo estrategias de enfrentamiento evitativas y menoscabo de su autoestima. El cuerpo se convierte entonces en el chivo expiatorio de la infelicidad y el sufrimiento.¹¹

Pese a los avances logrados en el tratamiento de esta enfermedad, la mayoría de los pacientes con cáncer de mama van a experimentar impacto psicológico y/o dificultades en sus actividades cotidianas. Los estudios sobre calidad de vida indican que al menos una de cada 5 pacientes sufre dificultades emocionales.¹²

La autoestima en las mujeres estudiadas se comporta entre los niveles bajo y medio, es decir, se puede clasificar como una autoestima deteriorada. Esto coincide con estudios que plantean que los tratamientos que se indican en esta enfermedad traen consigo limitaciones físicas, generando minusvalía, sentimientos de inferioridad, dependencia hacia otras personas, lo que repercute en la percepción que tienen los sujetos de sí mismos y en el desempeño social y personal.^{2,12}

Al existir una enfermedad de percepción negativa como es el cáncer de mama, y en este caso el órgano afectado es el seno, repercute negativamente en la estética femenina, pues socialmente los senos constituyen la feminidad y belleza en las mujeres, además de cumplir función sexual.¹³

Estudios realizados en nuestro país demuestran que las personas aprenden a adaptarse y a quererse con sus mutilaciones y pérdidas, sobre todo si reciben la ayuda adecuada de su pareja, del terapeuta y de sus redes de apoyo, si su autovaloración no está centrada en lo externo y si poseen la flexibilidad interna para adaptarse a los cambios, si son creativos y valoran el estar vivos sobre las pérdidas.¹⁴

En este sentido diversas investigaciones destacan que las pacientes con reconstrucción mamaria mostraron un nivel de autoestima significativamente mayor que las mujeres mastectomizadas. Igualmente, las mujeres reconstruidas manifestaron una mejor calidad de vida, expresada mediante un menor deterioro de la imagen corporal.¹⁵

La mayoría de las mujeres estudiadas presentan un estilo de afrontamiento con tendencia al desgaste emocional, lo que genera la aparición de estados emocionales negativos y no representa un estado constructivo para el enfrentamiento a la enfermedad.

Entre las estrategias fundamentales que se emplearon, se encuentran: el autocontrol, que describe los esfuerzos del sujeto para regular los propios sentimientos y acciones; la reevaluación positiva, que se define como los esfuerzos para crear un significado positivo a la situación y centrarse en el desarrollo personal, y la planificación, que se interpreta como los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

Según el estudio realizado por Font y Cardoso de la Universidad de Barcelona las estrategias más empleadas por las pacientes con cáncer de mama son “cumplir exactamente las prescripciones médicas” e “ir al médico inmediatamente”. A nivel de pensamientos predominaron las estrategias de “intentar superarlo uno mismo” (43,9 %), “intentar no pensar en la enfermedad” (31,2 %) o pensar que el problema ya pasará (26,6 %).⁸

Estudios realizados en Argentina demuestran que los pacientes presentan más estrategias de aproximación que de evitación y más centradas en el problema y en la evaluación que en la emoción. Siendo el cáncer una enfermedad con un compromiso físico muy importante y una connotación asociada a una situación “terminal”, es destacable que el recurso de afrontamiento más utilizado por los pacientes sea la “revalorización positiva”.¹⁰

El análisis de los resultados obtenidos permite concluir que para ambos estilos de afrontamiento la autoestima se encuentra dañada, o sea, la percepción que tienen las pacientes estudiadas acerca de su persona se ve seriamente afectada, con independencia de las estrategias de afrontamiento asumidas.

La autoestima y el afrontamiento influyen en el control y evolución de la enfermedad de forma directa, pues cuando estas variables presentan niveles adecuados se obtienen resultados favorables y estados emocionales óptimos ante una enfermedad tan amenazante como es el cáncer de mama. En el caso contrario, los resultados llevarían al deterioro general del paciente y conflictos en el medio donde se encuentra inmerso.

En la medida en que las estrategias empleadas tengan, al menos, un mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos, lo que provoca una nueva respuesta, que finaliza con la solución del problema o, por el contrario, con el agotamiento de la persona.

Según la literatura consultada, centrarse en la resolución de problemas es más favorable que hacerlo en las emociones y se asocia a menor malestar psicológico. Los estilos de afrontamiento relacionados con la confrontación, el optimismo, el sentido de coherencia, espíritu de lucha, la resistencia y la búsqueda de apoyo social se vinculan con una mejor adaptación al cáncer.^{1,8,16}

Los estilos de afrontamiento relacionados con una aceptación pasiva, percepción de desamparo, preocupación ansiosa, negación, evitación, amenaza, pérdida de control y fatalismo, se asocian con desajustes emocionales y peor respuesta del organismo a la enfermedad.^{1,8,16}

La autoestima en las mujeres con cáncer de mama del Consejo Popular Jaruco, provincia Mayabeque se encuentra afectada y el estilo de afrontamiento que predomina es el centrado en la emoción.

Desde el momento del diagnóstico, los tratamientos y la rehabilitación, la autoestima y el afrontamiento que presenten las mujeres afectadas tendrán una influencia directa en la evolución y pronóstico de la enfermedad, así como en la

aceptación de la nueva situación, la adherencia al tratamiento, el bienestar psicológico y la calidad de vida percibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sebastián J, Manos Da, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* [Internet]. 2007 [citado 06 Jun 2014];18(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a02.pdf>
2. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2009 Sep [citado 06 Jun 2014];25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020&lng=es.
3. Casillas JA. Repercusión de la autopercepción corporal en las relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas. *Recien* [Internet]. 2010 [citado 06 Jun 2014];1(2). Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_1_nov_2010/art_orig02_repercus_autopercepc_corporal_mastectomizad.pdf
4. Rodríguez Pérez A. Afecciones benignas de la mama. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
5. Guzmán Cantú R, Álvarez Bermúdez J. Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer *Psicología y Salud* [Internet]. 2013 [citado 06 Jun 2014];19(1). Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/642>
6. García-Viniegras Carmen Regina Victoria, Maritza Gonzalez Blanco. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana* [Internet]. 2007 [citado 06 Jun 2014];25(1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2542695.pdf>
7. Ochoa C, Castejón V, Sumalla Enric C, Blanco I. Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significados: ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia psicológica* [Internet]. 2013 [citado 06 Jun 2014];31(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000100008&lng=es&tlng=es.
8. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* [Internet]. 2009 [citado 06 Jun 2014];6(1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A/15260>
9. Castillo Díaz ZE, Gómez Delgado I, Guerra Morales CV, Navarro Otero MC. El apoyo familiar y la autovaloración en la sobrevida del paciente con cáncer de mama. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2011 [citado 06 Jun 2014];15(1). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/76/105>
10. Llull Darío MN, Zanier J, García F. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PSICO-USF* [Internet]. 2003 [citado 06 Jun 2014];8(2). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09>

11. Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2009 [citado 06 Jun 2014];24. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>
12. Gómez Parra CE, García Sánchez L Va, Enríquez Insuasty J. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2011 [citado 06 Jun 2014];40(1). Disponible en: http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-40/1/rcp_1_2011_artorig5.pdf
13. Giraldo-Mora Clara V. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. Rev Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 06 Jun 2014];11(4). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a03.pdf>
14. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología [Internet]. 2007 [citado 06 Jun 2014];4(2). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A/15646>
15. Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MÁ, Borda Más M, Rodríguez AM. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Universitas Psychologica [Internet]. 2010 [citado 2014 Jun 2];11(1). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/575/1516>
16. Rodríguez B, Bayón C, Orgaz P, Torres G, Mora F, Castelo B. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. Psicooncología [Internet]. 2008 [citado 06 Jun 2014];4(1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120007A/15713>

Recibido: 10 de septiembre de 2014.

Aprobado: 3 de noviembre de 2014.

Lic. Ovidio Martínez Brito. Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Noelio Capote". Jaruco, Mayabeque, Cuba. E-mail: ovidiomtnez@infomed.sld.cu