

01964



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON CANCER DE MAMA"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A :
LIC. LETICIA ASCENCIO HUERTAS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE MENDEZ VENEGAS

COMITE DE TESIS:

MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

DRA. RODRIGUEZ ORTIZ

DR. FRANCISCO M GARCIA RODRIGUEZ

MARZO 2001.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A TODOS LOS QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE ESTA TESIS
MI SINCERO AGRADECIMIENTO**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE MENDEZ VENEGAS**

**ASESOR MEDICO:
DR. FRANCISCO M. GARCIA RODRÍGUEZ**

**ASESOR ESTADÍSTICO:
DR. CARLOS MARTINEZ LOPEZ**

POR SU APOYO Y CONOCIMIENTOS APORTADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA TESIS

**COMITE DE TESIS: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
 MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
 DRA. DOLORES RODRIGUEZ ORTIZ
 DR. FRANCISCO M. GARCIA RODRIGUEZ**

CON DEDICACIÓN ESPECIAL

A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

AL GRUPO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA
"NUEVO AMANECER"

INDICE

	PÁG.
RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
PSICOLOGÍA Y CÁNCER DE MAMA	
Definición y epidemiología del cáncer de mama	11
Factores de riesgo del cáncer de mama	13
Estadificación y Tratamientos del cáncer de mama	16
Reacciones psicológicas al cáncer de mama	23
ESTRÉS Y CÁNCER	
Concepto y psicobiología de estrés	27
Factores y fuentes de estrés	31
El estrés y su relación con el cáncer de mama	33
AFRONTAMIENTO Y CÁNCER	
Definición del Afrontamiento	37
Recursos de afrontamiento	40
Afrontamiento y Cáncer	44
CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER	
Historia y conceptualización de Calidad de Vida	51
Evaluación de Calidad de Vida y Cáncer	55
Calidad de vida y cáncer de mama	61

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

METODOLOGIA

Objetivos	65
Muestra	66
Diseño	67
Variables	68
Instrumentos	70
Procedimiento	76

RESULTADOS

Características Sociodemográficas	82
Estrategias de Afrontamiento	83
Estrategias de Afrontamiento por Tratamiento	84
Calidad de Vida	87
Calidad de Vida por Tratamiento	88
Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida	90
Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida por Tratamiento	91
Resumen de Resultados	94

DISCUSION	98
------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	103
---------------------------	-----

ANEXOS

Carta de Consentimiento Informado	117
Ficha de Identificación	118
Inventario Conductual de Cáncer	120
Cuestionario de Calidad de Vida	123

RESUMEN

El cáncer sigue siendo uno de los principales problemas de salud en el mundo. Gracias a los avances técnicos y a los resultados de la investigación puede prevenirse y curarse en un elevado porcentaje; sin embargo, constituye aún la segunda causa de muerte en la mayoría de los países, por cuyo motivo mueren anualmente entre 7 y 8 millones de personas que padecen un estado precario de salud y afectaciones considerables en su calidad de vida.

La relación de los factores psicológicos con la enfermedad neoplásica puede analizarse desde diferentes puntos de vista. Ya que desde el diagnóstico hasta los tratamientos, se suelen provocar en el paciente una serie de problemas psicológicos y sociales e incluso un gran impacto emocional. El cáncer de mama causa un gran impacto psicológico en la mujer capaz de destruir el equilibrio anímico y afectivo independientemente de la extensión y la gravedad de un nódulo maligno; principalmente porque la imagen corporal se ve profundamente afectada y a partir de ahí sus relaciones con su entorno.

En este sentido el objetivo principal de esta investigación es describir y evaluar las estrategias de afrontamiento y la calidad de Vida como medidas de autoeficacia en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se encuentren en tratamiento médico.

La muestra estuvo constituida por todas aquellas pacientes de 25 a 80 años de edad, ambulatorias y hospitalizadas que asistieron al servicio de Oncología del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo de 1999 a Febrero del 2000.

La recolección de los datos se realizó a través de una ficha de identificación; el Inventario Conductual de Cáncer (ICC) que se aplicó al momento de confirmarse el diagnóstico de cáncer; en una segunda evaluación se aplicó nuevamente el Inventario Conductual de Cáncer (ICC) y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama (CCVCM) posquirúrgico o posterior al primer ciclo de quimioterapia y una tercera evaluación en la que se aplicaron ambos instrumentos después de seis meses después de la segunda aplicación.

En base a los resultados obtenidos podemos establecer que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con diagnóstico de cáncer tienen que ver con la aceptación del diagnóstico y mantener una actitud positiva, al afrontamiento relacionado con el tratamiento y el manejo del estrés en las citas médicas.

Concluyendo que la información proporcionada por el personal médico con relación al diagnóstico y los tratamientos, deberá ser clara y precisa ya que permite una estabilidad afectiva en las pacientes. El apoyo social es indispensable para fortalecer la adherencia terapéutica y un mejor control de los efectos secundarios por lo que el contar con un grupo de apoyo es de gran ayuda para estas pacientes. Con relación a la calidad de vida se establece que si se ve afectado el nivel funcional durante la aplicación de los tratamientos, sin embargo logran recuperar la funcionalidad más de la mitad de las pacientes a los seis meses; se presentan pocos síntomas depresivos y de angustia, sin embargo, existe una buena adherencia terapéutica y satisfacción con el cuidado médico; es importante señalar que la vida sociofamiliar se ve bastante deteriorada en la mayoría de las pacientes a diferencia de la vida sexual que solo se ve alterada un poco, debido principalmente a los tratamientos y sus efectos.

Al analizar las estrategias de afrontamiento con sus efectos en la calidad de vida cabe señalar que el mantener la actividad e independencia influye en la evaluación global de la calidad de vida; la vida sociofamiliar promueve la aceptación del diagnóstico de cáncer y ayuda a mantener una actitud positiva ante la nueva situación de vida, sin embargo, también puede actuar como detonador para provocar una actitud de derrota y negación de la enfermedad y con ello el deterioro de la calidad de vida.

Por lo que el contar con un apoyo psicológico desde el momento del diagnóstico, permitirá una mejor aceptación el diagnóstico de cáncer y ayudara a promover una actitud positiva a lo largo del proceso de enfermedad, al mismo tiempo que ayudara a afrontar el tratamiento inicial y los efectos secundarios logrando reducir la búsqueda de apoyo y un mejor control del estrés en las citas médicas.

INTRODUCCION

El cáncer sigue siendo uno de los principales problemas de salud en el mundo. Gracias a los avances técnicos y a los resultados de la investigación puede prevenirse y curarse en un elevado porcentaje; sin embargo, constituye aún la segunda causa de muerte en la mayoría de los países, por cuyo motivo mueren anualmente entre 7 y 8 millones de personas que padecen un estado precario de salud y afectaciones considerables en su calidad de vida (Arias y Cois. 1996).

Stjernsward en 1981 estimó que en el año 78, el 15% de todas las muertes que se producían en el mundo eran debidas al cáncer. Cada año aparecen 9 millones de nuevos casos, y se calcula que el número de personas que padecen cáncer es de unos 37 millones.

Los datos epidemiológicos sobre la distribución geográfica del cáncer subrayan la importancia de los factores ambientales como desencadenantes y coadyuvantes de los procesos neoplásicos. En los países desarrollados la incidencia del cáncer es casi un 40% superior a la de los países subdesarrollados, (Bayés, 1992 y Llor, Abad, García y Nieto, 1995).

La tasa media de supervivencia a los 5 años del diagnóstico, sin tener en cuenta el estadio de evolución en que la enfermedad ha sido diagnosticada, oscila desde un 74% para los cánceres de útero y un 60% para los cánceres de mama; hasta un 2% para los de páncreas, un 9% para los de pulmón y un 12% para los de estómago, (Beneit, Latorre, y Beneit, 1994).

Las causas del cáncer no son del todo conocidas, habiéndose identificado múltiples factores que pueden conducir a la enfermedad neoplásica; entre ellos, factores genéticos, físicos, químicos, geográficos, culturales, psicológicos, etc. Los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para el desarrollo de las terapéuticas contra el cáncer han conseguido mejorar la situación para algunos tipos de cáncer, y aumentando la supervivencia de los pacientes, particularmente cuando la enfermedad se detecta en las fases tempranas de su desarrollo.

Las ganancias producidas por los tratamientos suponen a veces un alto costo para los pacientes. Diversas terapéuticas del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia) son invasivas, dolorosas, aversivas, incapacitantes y con efectos muchas veces irreversibles como las amputaciones, extirpación de órganos; o bien producen efectos secundarios indeseables como las náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida del apetito, quemaduras, disminución de las capacidades cognitivas, etc.

Por lo que el cáncer es sin duda, una de las enfermedades más temidas en nuestros días, ya que la propia palabra produce en muchas personas un impacto emocional, debido a que frecuentemente se le vincula con la idea de dolor y de muerte; lo cual, implica una serie de problemas que afectan a los pacientes, a sus familiares y amigos y que son afrontados generalmente de una manera inadecuada y a los que es necesario aportar una solución

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Dentro de las investigaciones sobre el cáncer, la ciencia continúa buscando una explicación simple y directa para el cáncer haciendo caso omiso de la compleja interacción que existe entre psicología y biología.

La relación de los factores psicológicos con la enfermedad neoplásica puede analizarse desde diferentes puntos de vista. Ya que desde el diagnóstico hasta los tratamientos, se suelen provocar en el paciente una serie de problemas psicológicos y sociales e incluso un gran impacto emocional; por ello, la valoración del estado funcional es frecuentemente utilizada para complementar la información médica para caracterizar el impacto de la enfermedad sobre el paciente, ya que la pérdida de la función está generalmente relacionada a los efectos acumulativos del proceso de la enfermedad sobre el estado físico, funcional y psicológico. En los ensayos clínicos relacionados con el tratamiento del cáncer, el estado de desempeño diario del paciente ha demostrado ser útil para predecir la respuesta al tratamiento y la supervivencia. (Goodwin, Boggs y Graham-Pole, 1994).

Una serie de estudios con relación al ajuste psicológico publicados a finales de los 80's y principios de los noventa muestran que los sobrevivientes a los tratamientos del cáncer generalmente se ajustan de manera adecuada, pero un número significativo continúa teniendo dificultades en la adaptación (Kazak, 1994). Sin embargo, un obstáculo de entender el impacto psicológico de los pacientes con cáncer puede ser el uso de medidas generales estándar de ansiedad y depresión que no pueden detectar los aspectos distintivos de supervivencia de los tratamientos de la enfermedad, incluyendo aquellos que pueden ser traumáticos para el paciente y para sus familiares.

En este aspecto, el cáncer de mama causa un gran impacto psicológico en la mujer capaz de destruir el equilibrio anímico y afectivo independientemente de la extensión y la gravedad de un nódulo maligno; principalmente porque la imagen corporal se ve profundamente afectada y a partir de ahí sus relaciones con su entorno.

Los problemas psicosociales que experimentan los pacientes según lo establece Font (1988) son: emocionales; aquellos derivados de la sintomatología física; y los derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos.

Estos problemas psicosociales pueden ir cambiando según el momento en función de la fase de la enfermedad en que se encuentran los pacientes y la evolución de la misma.

Puede deducirse que el enfermar de cáncer de mama supone enfrentarse a una situación, poco predecible y más o menos aversiva, en función de las características del proceso neoplásico, del tratamiento que se requiere y de la fase de evolución en que se encuentre.

El mejor esquema de supervivencia que puede adoptar una enferma con cáncer de mama es aquel que supone la percepción de la enfermedad como desafío, utilizando como estilo de

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

afrontamiento el espíritu de lucha o la evitación positiva y expresando de forma manifiesta, cuando debe hacerlo, sus emociones negativas (ira).

El estrés, las emociones y el afrontamiento se hayan relacionadas en forma causal con la enfermedad.

Los estilos de afrontamiento descritos por Lazarus y Folkman (1986), son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Establecen dos estilos de afrontamiento: los orientados al problema y los orientados a la emoción.

Con relación al cáncer estos estilos de afrontamiento no han sido determinados con exactitud, ya que dichos pacientes atraviesan durante largo tiempo por un proceso combinado de tratamientos, recaídas e incertidumbre de saber si existe curación o no, ya que el tratamiento del cáncer lleva consigo daño físico que puede imponer cambios en las pautas de actividad, hábitos de la vida diaria, percepciones de uno mismo, etc.

El conocer cuáles son éstos estilos de afrontamiento suele ser de gran importancia, ya que varios estudios han reportado que son precisamente las estrategias de afrontamiento de los pacientes son determinantes para su calidad de vida.

Hablar de calidad de vida no es nada fácil, ya que es un término que significa muy diferentes cosas para diferentes personas. La Calidad de Vida ha sido conceptualizada como múltiples constructos dimensionales, un estado unidimensional y un indicador del estado de salud.

Sin embargo, hay en general existen dos puntos de acuerdo en estas definiciones. El primero, relacionado con la salud, en donde la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye áreas del estado funcional, bienestar psicológico y social, percepción de la salud y síntomas relacionados con los tratamientos y la enfermedad. El segundo, que el término calidad de vida es subjetivo, ya que se enfoca a identificar la experiencia subjetiva de la persona a quien se determina la calidad de vida.

Es por ello, que al medir la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, tenemos que considerar por un lado los síntomas somáticos, aunada al estrés emocional por medio de criterios clínicos y los efectos negativos desde el punto de vista emocional y que requieran de intervenciones psicoterapéuticas y/o psicofarmacológicas. Sin dejar de apoyar a los familiares, proporcionar una apropiada información acerca de la enfermedad, las opciones de tratamiento y contribuir con un apoyo emocional y social que consecuentemente proporcionará a los pacientes una mejor calidad de vida.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

En este sentido el objetivo principal de esta investigación es identificar las estrategias de afrontamiento como factores cognitivos y conductuales y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama; ya que hasta ahora son aspectos poco considerados en el campo de la salud desde el punto de vista psicológico y que puede ser de gran ayuda para el personal médico implicado en la práctica oncológica, para un mayor interés en el paciente como ente bio-psico-social y proporcionar una atención integral.

PSICOLOGIA Y CANCER DE MAMA

DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE MAMA

CANCER

En sentido literal, neoplasia significa "nuevo crecimiento" o "neoformación" y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia. Neoplasia se define como una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede de los tejidos normales, que no está coordinado con estos mismos, y persisten de la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio. Esta masa anormal carece de finalidad, involucrando a la nutrición, respiración y el riesgo sanguíneo, además de que muchas neoplasias necesitan incluso del soporte endocrino.

No todos los tumores son neoplásicos y pueden ser producidos por hemorragias o edema. Sin embargo, la historia ha hecho sinónimo tumor y neoplasia.

Cáncer es un término genérico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos anormales o diseminarse a otros órganos (metástasis), o bien, como resultado de un cambio producido a nivel genético en el núcleo de las células. Debido a él, algunas se multiplicaran desordenadamente sin el propósito de satisfacer una necesidad orgánica específica y en una proporción mayor tanto en tiempo como en espacio. El grado de malignidad de un cáncer se basa en la propensión de estas células a invadir y a diseminarse a distancia (Tubiana, 1989).

Las neoplasias o tumores se dividen en dos grandes categorías: benignos y malignos.

Los benignos se caracterizan por estar bien delimitados y se encuentran recubiertos por una cápsula protectora que los rodea y evita su diseminación. Además, son similares al tejido que les dio origen, no invaden estructuras vecinas ni lejanas y crecen lentamente. Por otro lado, los tumores malignos no se presentan encapsulados, invaden y destruyen los tejidos vecinos, y pueden emigrar a sitios distantes a través de las vías linfática y sanguínea. Además, presentan diferencias respecto a las células que les dio origen, ya que a través de un crecimiento rápido invaden tejidos u órganos cuyas funciones normales se ven modificadas (Taladrin, 1989).

EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología del cáncer examina la distribución de los pacientes con tipo particular de cáncer por una serie de características. Estas características hacen referencia a características individuales o al lugar o tiempo del patrón de ocurrencia de enfermedad. Dichas características son multidimensionales, por ejemplo la migración, nivel nutricional, reproducción, y características socioculturales

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

De acuerdo con la incidencia del cáncer, se estima que en los países desarrollados los cánceres más frecuentes (excluyendo el no-melanoma de piel) son en orden descendente: pulmón, colon, mama, estómago, leucemias y linfomas, prostata, vías urinarias, útero, cervix, páncreas, ovario e hígado.

El cáncer de mama ocupa la tercera posición en la incidencia mundial de cáncer. Dado que se trata de una neoplasia casi exclusivamente de la mujer, en este sexo ocupa la primera posición en incidencia en el mundo con 600,000 casos diagnosticados cada año, que representa el 9% del total de casos de cáncer y el 18% de los cánceres de la mujer. Este porcentaje varía según las regiones del mundo, alcanzando en las zonas de alto riesgo como los Estados Unidos de Norteamérica y Europa Occidental 25%, mientras que en áreas de bajo riesgo como Japón y China representan solo 12%, (Cancer Facts & Figures, 1994. Citado en Rivera, Rodríguez y Luna, 1997). En México el cáncer de mama fue responsable de 22,315 defunciones en el período comprendido entre 1985 y 1994 estimándose aproximadamente 10 de cada 1,000 defunciones por cáncer en la mujer. Sin embargo, hay que hacer notar que en 1985 la tasa de mortalidad por cáncer de mama fue de 3.6 por 100,000 mujeres y que ésta ascendió hasta 6 por 100,000 mujeres en 1994, triplicando su peso relativo dentro de la mortalidad general, correspondiendo a las mujeres menores de 65 años la responsabilidad de esta tendencia ascendente, (Compendio Histopatológico de Neoplasias en México, 1999).

Para 1998 se registraron en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) 48,855 muertes por cáncer, ubicándolo en segundo lugar como causa de muerte. En cuanto a la morbilidad, en 1997 el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México, recibió información de 1,079 especialistas que notificaron 87,547 casos, con predominio de sexo femenino (65%). Los grupos más afectados fueron: edad productiva y postproductiva con 45.3 y 51.4% respectivamente, y los grupos específicos con mayor ocurrencia fueron los de 75 y más años y el de 45 a 49 años con 11.8 y 10.9% respectivamente. Los primeros cinco lugares según topografía, los ocuparon: cuello de útero, glándula mamaria, glándula prostática, ganglios linfáticos y estómago.

Las mujeres son las más frecuentemente afectadas por los tumores malignos principalmente por los cánceres de cuello uterino, mama, ovario y cuerpo del útero, además del cáncer gástrico y pulmonar que se ha incrementado en los últimos años probablemente por el hecho de cada día se adhieren más mujeres al tabaquismo, (Tapia y Kuri, 1999).

Por su frecuencia y mortalidad, es un problema de salud pública en nuestro país que debe ser atendido política y administrativamente así como promover programas de salud, educación e investigación para influir en el tratamiento y prevención del cáncer.

FACTORES DE RIESGO

Han sido identificados múltiples factores que están asociados con incremento de riesgo en el cáncer de mama. Estos pueden ser agrupados de manera general en: Factores genéticos y familiares, factores hormonales y reproductivos, factores dietéticos, factores ambientales y factores psicológicos (De Vita, Hellman y Rosenberg, 1999).

Factores Genéticos y Familiares:

Estudios epidemiológicos han mostrado que la historia familiar es un fuerte riesgo al cáncer de mama, ya que en mujeres quienes sus madres o hermanas ha tenido cáncer de mama presentan un riesgo mayor a presentar cáncer mamario comparadas con mujeres quienes familiarmente no cuentan con historia de cáncer de mama.

Es evidente que existe un aumento considerable de riesgo cuando hay antecedente de cáncer mamario, especialmente si se presentó en edad premenopáusica o bilateral y en familiares de primer grado de consanguinidad; con un incremento de riesgo de 1.5 a 3 veces mayor que lo esperado en la población general y si son varios los familiares afectados, el riesgo puede elevarse hasta 5 a 9 veces más (Sattin, Run, Webster y Cols., 1985).

Sin embargo, en aquellas mujeres con historia familiar el riesgo de desarrollar la enfermedad no excede del 30%.

El antecedente familiar personal de cáncer de ovario o de endometrio aumenta el riesgo de cáncer de mama y el antecedente cáncer de mama duplica el riesgo de presentarlo de manera bilateral.

Uno de los más recientes avances para entender las causas del cáncer de mama es el mapeo del cromosoma 17q y la secuencia del gen BRC1, ya que un 85% de las mujeres con esta susceptibilidad puede desarrollar un cáncer de mama.

La mutación del gen supresor tumoral p53 juega un papel importante en desarrollar otros cánceres aunados al cáncer de mama como la leucemia, sarcoma de piel, osteosarcoma y tumores cerebrales como el Síndrome de Li-Fraumeni (De Vita, et al., 1999).

Factores Hormonales y Reproductivos

El cáncer de mama esta claramente relacionado con las hormonas, y la incidencia de la edad de menarca, menopausia y el primer embarazo: la mayor incidencia se encuentra en mujeres postmenopausicas ya que la actividad ovancia juega un papel importante en el desarrollo del cáncer de mama principalmente por las altas concentraciones de estrogénos.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La edad de la menarca y el establecimiento de los ciclos ovulatorios regulares se encuentran asociados fuertemente al cáncer de mama, parece ser que decrecienta la frecuencia del cáncer de mama hasta en un 20% por cada año en que la menarca se retrasa.

La edad de la menopausia es otro factor de riesgo en el cáncer de mama, ya que se ha demostrado que mujeres con una menopausia natural antes de los 45 años presentan un riesgo relativo que se ve incrementado en mujeres cuya menopausia ocurre después de los 55 años de edad. Sin embargo, la menopausia artificial por castración quirúrgica antes de los 50 años disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Según De Vita y Cols (1999) la paridad y la edad del primer embarazo podrían ser un factor importante en el cáncer de mama, ya que se ha demostrado que las mujeres nulíparas desarrollan un mayor riesgo que las mujeres multiparas, con un riesgo relativo de 1:4.

Algunos estudios han reportado a la lactancia como factor protector ante el cáncer sobre todo en mujeres premenopausicas.

La presencia de receptores estrogénicos en las células neoplásicas, así como la correlación entre el aumento de secreción de compuestos metabólicos de origen estrogénico y el cáncer mamario dan consistencia a la hipótesis de que los estrogénos y otras hormonas sexuales constituyen factores promotores en el desarrollo del cáncer. Sin embargo, la utilización de anticonceptivos orales no ha demostrado, un aumento o disminución del cáncer mamario; pero el uso de estrógenos exógenos en terapia de reemplazo administrada por períodos prolongados (mayores de 9 años) a mujeres que tenían enfermedad benigna de la mama sobre todo cuando se usa estradiol, mostró un incremento para desarrollar cáncer de mama. (Rivera, Rodríguez y Luna, 1997).

Factores Dietéticos

Desde hace muchos años se ha sugerido una asociación entre la dieta y cáncer mamario. La mayor frecuencia de esta enfermedad en Estados Unidos de Norteamérica y Europa y la baja incidencia en Asia y América Latina han sido correlacionados con el mayor consumo de grasas animales y azúcares refinados en la dieta occidental. Como explicación, se ha postulado que las dietas ricas en proteínas y grasas promueven un desarrollo sexual precoz, con menarca temprana y contribuyen a desarrollar obesidad, que conduce a su vez a una conversión mayor de androstenediona en estrona y a aumentar la secreción de prolactina hipofisaria.

Dentro de los factores de riesgo del cáncer mamario, que se han incrementado en los últimos tiempos se encuentran: las radiaciones ionizantes, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de café, los virus, la actividad física y la tensión emocional.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Factores Ambientales

Exposición a radiación ionizante, una exposición secundaria a un diagnóstico médico o procedimientos quirúrgicos (como el acné o enfermedad de Hodgkin), incrementan el riesgo de cáncer de mama. Otros factores ambientales entre los que se incluyen la exposición a rayos electromagnéticos y a pesticidas organoclorinas suelen ser también un factor de riesgo a desarrollar cáncer de mama, aunque con estos últimos no existen firmes conclusiones

Factores Psicológicos

El estrés como factor etiológico del cáncer ha sido valorado muy positivamente por Grozynski y Holland, en función del modelo de respuestas psicológicas y de la excreción de cortisol. Miller en 1977, en su trabajo *Psychologic Aspects of Cancer* recoge numerosas referencias clínicas que indican una relación clara entre la personalidad, emociones, estrés y neoplasia.

Por su parte Stein y Cols en 1976 demostraron la influencia del cerebro y la conducta sobre el sistema inmunitario sugiriendo que los procesos psicosociales influyen sobre la susceptibilidad de algunas infecciones, así como sobre los procesos neoplásicos.

En 1952 Bacon, Rennecker, Cutler y LeShan y Worthington en 1956, encontraron que aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer, presentan rasgos significativos tales como hostilidad, paranoia, represión de sentimientos, conformismo e inhibición que al interactuar con el sistema inmunológico y neuroendócrino el sujeto suele ser más endeble y vulnerable ante la enfermedad oncológica. Concluyendo que dichas pacientes tienen seis características de la conducta importantes:

- 1.-Una estructura de carácter masoquista;
- 2.-Sexualidad inhibida,
- 3.- Maternidad inhibida,
- 4.- Incapacidad de descargar apropiadamente la cólera, agresividad u hostilidad, cubierta por una fachada de afabilidad;
- 5 - Un conflicto hostil no resuelto manejado con rechazo, irrealidad o sacrificio; y
- 6 - Retraso en conseguir tratamiento

Se ha tratado de localizar un tipo específico de personalidad relacionado con el desarrollo de una enfermedad neoplásica y a este respecto, Temoshok (1987), propuso un patrón de personalidad identificado como "Tipo C" muy sensible a la aparición de esta enfermedad.

Dicho patrón incluye varias características, algunas de las cuáles ya se han dicho con anterioridad, tales como la dificultad de expresión de emociones, sociabilidad, simpatía, perfeccionismo, laboriosidad, convencionalismo y uso frecuente de estrategias de afrontamiento tales como desamparo y desesperanza

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Posteriormente Cox (1986), propone un modelo para explicar las relaciones entre estrés y cáncer, en el que establece que existen diferentes modos por los que el estrés puede influir sobre la iniciación de un proceso canceroso. En primer lugar, determinados estilos de afrontamiento del estrés pueden propiciar que el sujeto se exponga a estímulos cancerígenos como sería el aumento en el hábito de fumar o beber como estrategia para el manejo de situaciones estresantes. En segundo lugar, la respuesta fisiológica de un individuo ante el estrés puede aumentar los efectos de una estimulación cancerígena ya existente, dicha respuesta fisiológica podría implicar cambios en el ambiente celular y hormonal, con el resultado de favorecer el desencadenamiento de cualquier proceso neoplásico latente

Estos datos confirman la hipótesis de que los estímulos emocionales crónicos pueden causar en los individuos especialmente predispuestos, un trastorno funcional y más tarde un trastorno orgánico.

ESTADIFICACION Y TRATAMIENTOS

ESTADIFICACION

La estadificación se refiere a agrupar a los pacientes de acuerdo a la extensión de su enfermedad. Se utiliza para (1) determinar el tratamiento individual para cada uno de los pacientes, (2) estimar su pronóstico y (3) comparar los resultados de los diferentes programas de tratamiento. La estadificación se basa en los hallazgos clínicos y patológicos.

La estadificación del cáncer es determinada por The American Joint Committee on Cancer (AJCC), la cual está formada por The American Cancer Society, The National Cancer Institute, The College of American Pathologists y The American College Physicians, basado en el sistema TNM, donde la T se refiere al tumor, N a los nódulos y M a las metástasis

En 1992, el sistema de estadificación clínica (designado por TNM) de acuerdo con la AJCC, se basa en toda la información disponible cuando el primer tratamiento es utilizado e incluye los hallazgos de la exploración física, estudios de imagen hallazgos operativos y la revisión patológica de la mama o de otros tejidos. La estadificación clínica es utilizada para seleccionar y evaluar la terapéutica adecuada

**CUADRO 1
ESTADIFICACION DE CANCER DE MAMA (AJCC, 1992)**

Tumor Primario (T)

Tx	Tumor primario que no puede ser evaluado
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, carcinoma lobular in situ, o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
T1	Tumor de 2 cm o menos en su diámetro mayor.
T1a	Tumor de 0.5 cm o menos en su diámetro mayor.
T1b	Tumor de más de 0.5 cm, pero no más de 1 cm en su diámetro mayor.
T1c	Tumor de más de 1 cm, pero menos de 2 cm en su diámetro mayor.
T2	Tumor mayor de 2 cm pero menor de 5 cm en su diámetro mayor
T3	Tumor de más de 5 cm en su diámetro mayor
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o piel.
T4a	Extensión de la pared torácica
T4b	Edema (incluyendo piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama, o nódulos cutáneos satélites confinados a la misma mama.
T4c	Ambos T4a y T4b
T4d	Carcinoma Inflamatorio.

Ganglios Linfáticos Regionales (N)

Nx	Ganglios Linfáticos Regionales que no pueden evaluarse
N0	Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis en ganglios axilares móviles ipsilaterales
N2	Metástasis en ganglios axilares homolaterales fijados entre sí a otras estructuras
N3	Metástasis en ganglios linfáticos mamasos internos ipsilaterales

Metastasis a Distancia (M)

Mx	Presencia de metástasis a distancia que no puede evaluarse
M0	Sin metástasis a distancia.
M1	Metastasis a distancia

**CUADRO 2
ESTADIFICACION DEL CANCER DE MAMA (AJCC, 1992)**

ESTADIO 0	Tis	N0	M0
ESTADIO 1	T1	N0	M0
ESTADIO IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
ESTADIO IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
ESTADIO IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1 y N2	M0
ESTADIO IIIB	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
ESTADIO IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

TRATAMIENTOS

La cirugía es la principal modalidad terapéutica para el tratamiento completo del cáncer de mama temprano y avanzado a nivel local. El cáncer de mama temprano se define como el cáncer de mama en etapas clínicas I y II. El cáncer de mama avanzado a nivel local (etapas clínicas IIIA, B) se define por la presencia de un tumor mayor de 5 cm., invasión directa a piel o pared torácica, o enfermedad extensiva a ganglios linfáticos.

A continuación se presentaran las consideraciones del tratamiento quirúrgico y el empleo de radioterapia y quimioterapia, de acuerdo con el Consenso Nacional sobre Tratamiento del Cáncer Mamario celebrado en Colima en septiembre de 1994

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Carcinoma Ductal In Situ

Estas lesiones son diagnosticadas básicamente en dos contextos. Por un lado lesiones subclínicas descubiertas por mastografía y por otro lado tumores clínicamente palpables que pueden llegar a medir hasta 1.0 cm. El tratamiento local debe decidirse después de analizar el tamaño tumoral y el subtipo histológico.

La conducta quirúrgica en los casos con tumores menores de 2.5 cm. ductales in situ de localización periférica y con relación mama-tumor favorables pueden ser tratados con procedimientos quirúrgicos conservadores (cuadrantectomía)

En los tumores mayores de 2.5 cm, los comedocarcinomas, los tumores multicéntricos o bien, aquellos con relación mama-tumor desfavorable esta indicada la mastectomía total.

La radioterapia adyuvante no esta indicada en caso de que se haya realizado mastectomía total. En pacientes tratados con cirugía conservadora, la radioterapia esta indicada en tumores ductales in situ mayores de 1 cm. o en los casos en que existan limites quirúrgicos menores de 2 cm.

El tratamiento sistémico tanto quimioterapia como con hormonoterapia no esta indicado en estos pacientes.

Carcinoma Lobulillar In Situ

Es una lesión poco frecuente, se le considera un marcador de riesgo y no como una lesión que, por si misma evolucione a un carcinoma invasor. El tratamiento es la extirpación local amplia, no esta indicada la radioterapia adyuvante ni ningún tipo de tratamiento sistémico. Pero si es de vital importancia un seguimiento estricto con exploración médica semestral y mastografía anual.

Tratamiento en los Estadios I y II. (Excepto T3 N0 M0)

La cuadrantectomía y disección axilar completa y la mastectomía radical modificada son las alternativas para el tratamiento quirúrgico conservador en las etapas I y II del cáncer mamario. En ambos casos es posible encontrar indicación de tratamiento complementario como la radioterapia utilizando cobalto o acelerador lineal con dos campos tangenciales a toda la mama anatómica, con margen de 2 cm. para administrar 5000 cGy en 25 fracciones.

El tratamiento sistémico adyuvante, indicado en presencia de uno o más ganglios metastásicos, o de pronóstico desfavorable de acuerdo a la Clasificación Histopronóstica de Scarff-Bloom-Richardson (CHSBR) es el quimiohormonal; debido principalmente al alto riesgo de recaída en este grupo de enfermas, por lo que todas las pacientes deberán de recibir tratamiento sistémico adyuvante, sin importar el número de ganglios afectados iniciándose tan pronto sea posible

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Los esquemas de quimioterapia recomendados son: FAC, FEC, AC o CMF (F= Fluoracilo, E=Epirubicina, M=Methotrexate, A=Adriamicina, C=Ciclofosfamida), iniciándola si es posible entre la segunda y la cuarta semana después de la cirugía. Se deberán aplicar 6 ciclos con dosis y periodicidad óptimas.

El tamoxifen es el tratamiento hormonal más adecuado por un lapso de 2 a 5 años, y que requiere de un seguimiento para vigilar los síntomas de esta enfermedad debido al aumento recientemente documentado del cáncer de endometrio por el uso prolongado de este medicamento.

Tratamiento en los Estadios IIB (T3 N0 M0), IIIA y IIIB

El tratamiento inicial puede ser con quimioterapia o con cirugía en estadios IIB y IIA. En el estadio IIIB así como en el carcinoma inflamatorio y en el estadio IV por ganglio supra o infraclavicular el tratamiento inicial debe ser con quimioterapia de inducción incluyendo antraciclinas. Se aplicarán 3 o 4 ciclos y de acuerdo a la respuesta se puede seguir con las siguientes opciones:

- ✦ Respuesta Completa o Parcial. Las pacientes podrán ser operadas y recibir quimioterapia adyuvante por 4 o 5 ciclos del mismo esquema y al final, ciclo mamario completo de radioterapia.
- ✦ Respuesta Mínima o sin Cambio. Si el tumor es resecable deberá efectuarse la mastectomía radical, si no, recibirán ciclo mamario completo de radioterapia dependiendo de la respuesta podrá operarse y recibir quimioterapia adyuvante de segunda línea.

La radioterapia será un campo axilo-supraclavicular y mamario interno, 5000 cGy en 25 fracciones. La mama en caso de conservarla recibirá la misma dosis con campos tangenciales, con un incremento de 10 a 20 cGy al lecho tumoral con cobalto, electrones o implante.

Tratamiento del Estadio IV o Enfermedad Metastásica

Todas las pacientes con enfermedad metastásica deberán de recibir tratamiento sistémico como terapia inicial. También podrían recibir tratamiento inicial con hormonoterapia las pacientes que se encuentren en los siguientes casos:

- ✦ con receptores hormonales positivos
- ✦ sin hormonoterapia previa
- ✦ con masa tumoral pequeña
- ✦ con enfermedad de lenta evolución
- ✦ cuando el tiempo libre de recaída sea de 2 años o más

El número de ciclos de quimioterapia dependerá de la respuesta máxima alcanzada

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La cirugía de limpieza puede contribuir en forma importante a la paliación de estas enfermas, así como la resección de las metástasis en casos seleccionados.

La radioterapia es un método paliativo muy efectivo principalmente en metástasis óseas y cerebrales, en donde se recomiendan ciclos breves de tratamiento (1 a 2 semanas).

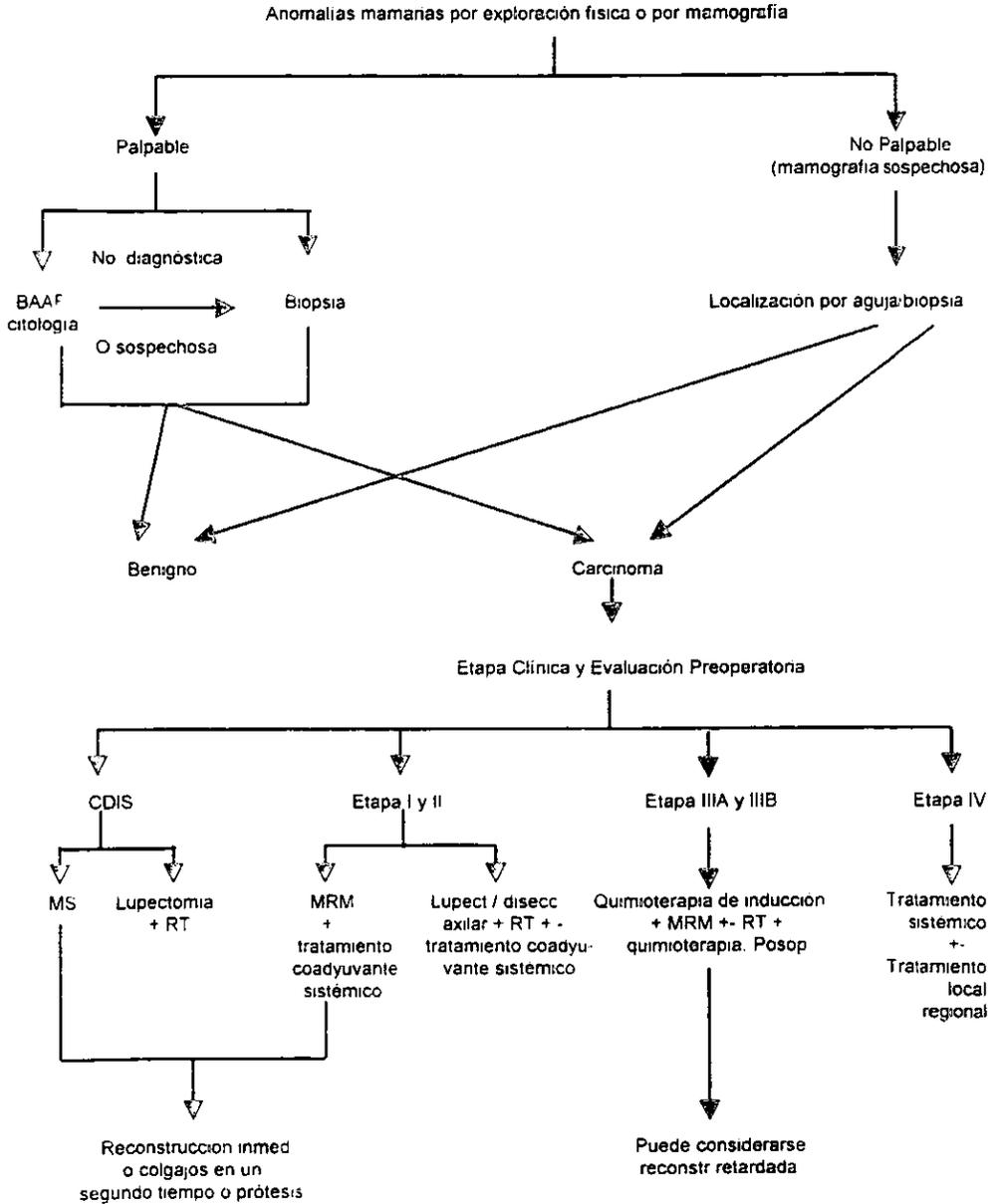
La finalidad de los tratamientos en enfermedad metastásica es prolongar la supervivencia con una calidad de vida aceptable.

En conclusión Chang y Bland (1998), establecen que para el diagnóstico y el manejo del cáncer de mama se resume en la Figura 1. Las metas principales para el cuidado de las pacientes con cáncer de mama incluyen

- ✧ Establecimiento del diagnóstico tisular adecuado y temprano.
- ✧ Estadificación patológica clínica apropiada de la enfermedad.
- ✧ Administración de tratamiento multimodal adecuado.
- ✧ Estimación del periodo libre de enfermedad y de la supervivencia total.

El programa de seguimiento incorpora las decisiones de un equipo multidisciplinario que permite el seguimiento de por vida para detectar cualquier cáncer nuevo o recurrente y para proporcionar apoyo funcional y psicológico a estas pacientes.

FIGURA 1
ALGORITMO PARA EL MANEJO DEL CÁNCER DE MAMA



BAAF = Biopsia por aspiración con aguja fina CDS = Carcinoma Ductal In Situ. RT = Radioterapia
MRM = Mastectomía Radical Modificada MS = Mastectomía Simple

REACCIONES PSICOLOGICAS AL CANCER DE MAMA

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer ejercen un impacto emocional significativo sobre la paciente y generan una multitud de problemas psicosociales y médicos. Ya que la idea de que el cáncer puede estar relacionado con factores emocionales es bastante antigua. De hecho, en el tratado de Galeno sobre los tumores, *De Tumoribus*, ya se indicaba que las mujeres melancólicas que presumiblemente tenían demasiada bilis negra, eran mucho más susceptibles al cáncer de cualquier otro tipo de mujeres.

Estas observaciones clínicas indican que los factores emocionales con fuerte impacto psíquico parecen estar presentes en el desencadenamiento de esta enfermedad. Una y otra vez se repiten las diversas observaciones clínicas y científicas; en este sentido; en 1822 Nunn destacó la importancia de los factores emocionales en el cáncer de mama y, de igual manera, Stern observó que el cáncer de cuello de útero en las mujeres era mucho más común en personas frustradas y sensitivas, (Florez, 1994).

Por otra parte, Walshes, en su obra *The Nature and Treatment of Cancer* señaló la extraordinaria importancia de la "miseria mental", así como de los reveses bruscos de la fortuna y de los abatimientos habituales del humor.

En 1974 Thomas y Duszynki, comenzaron un estudio psicosocial en el Johns Hoopkins Hospital en el que se interesaban en la determinación de posibles factores que podrían tener valor predictivo en cuanto a la enfermedad; se fueron obteniendo datos relativos a factores genéticos y familiares, factores demográficos, así como las características metabólicas y psicológicas. En fin, los datos de este estudio psicosocial sugieren que el cáncer tiende a presentarse en personas no agresivas e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones.

Algunos poetas han expresado sutilmente la psicología de estas personas, particularmente en el plano de las relaciones sociales. Tolstoy en su obra *La Muerte de Iván Iliyich* refleja perfectamente el problema de la soledad y de la frustración de las diversas personas afectadas. Aparte del posible papel causal que desempeñan estos factores psicosociales como soledad, frustración, baja autoestima o déficit de comunicación en el desarrollo del cáncer, también se debe considerar la posible influencia de estos factores estresantes en la diseminación de la malignidad establecida.

Recientes trabajos de investigación han establecido que la tasa de crecimiento de un tumor puede ser prevista basándose en rasgos de personalidad; ya en el siglo II a.C. Galeno postuló que las mujeres "melancólicas" tenían más probabilidades de desarrollar un cáncer de mama que las mujeres de disposición más alegre. Los datos empíricos que sustentan esta asociación entre los rasgos de personalidad y el desarrollo del cáncer son escasos, pero se cuenta con algunas evidencias que sugieren que ciertas características de la personalidad predisponían a la expresión del cáncer y

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

medirían el curso y evolución final de la enfermedad. La inhibición emocional, sobre todo la represión de la agresión y la hostilidad, a menudo es citada como un factor etiológico en los sujetos predispuestos al desarrollo del cáncer, junto con una actitud sacrificada y un estado anímico negativo, (Fallowfield y Braum, 1993).

En un estudio del cáncer de mama, Greer y Morris (1993), entrevistaron mujeres internadas para llevar a cabo biopsias mamarias antes de que conociesen el diagnóstico. Los autores hallaron una mayor incidencia del cáncer entre las mujeres con una expresión anormal de la emoción, es decir, aquellas pacientes que rara vez o nunca expresaban agresión o emoción o las mujeres que a menudo estallaban en una explosión de ira o que nunca ocultaban sus emociones

Por otro lado Stavrak y Cols. con un total de 204 enfermos corroboraron que la perspectiva más favorable era para los pacientes con fuertes sentimientos bajo estrés grave, sin pérdida del control emocional, encontrando igualmente, la sensación de que restringirse o perder la razón de ser puede ser un factor importante para la supervivencia del paciente y para determinar el curso de la enfermedad (Florez, 1994).

Por su parte Patrick Leis (1993), considera que existen por lo menos 4 factores psicológicos capaces de afectar los índices de supervivencia de pacientes con cáncer de mama. En primer lugar, la longevidad está relacionada con el grado de adaptación de la paciente a su enfermedad. En segundo lugar, Degoratis, Abeloff y Melisaratos (1979), observaron que las pacientes que expresaban distintas emociones relacionadas con la enfermedad vivían más tiempo. Estos autores postularon que las pacientes "luchadoras" tenían más posibilidades de sobrevivir que las pacientes "resignadas". La "voluntad de vivir" ha sido considerada un tercer factor importante para la supervivencia. Por último, Weisman y Worden (1975) observaron que un mayor grado de estrés emocional se asociaba con un acortamiento de la supervivencia. El papel desempeñado por los factores psicosociales en la enfermedad humana es subrayado por el concepto de Francis W. Peabody "La enfermedad humana nunca es exactamente igual a la misma enfermedad de un animal experimental, dado que en el ser humano la enfermedad afecta a lo que llamamos la vida emocional y a su vez es afectada por ella "

Estas observaciones históricas indicaban la extraordinaria importancia que se concedía a la psicología individual y a sus desequilibrios psíquicos en la explicación y formación de la enfermedad y que nos pueden sugerir la posibilidad de desarrollar técnicas psicoterapéuticas especialmente importantes en el tratamiento conservador y convencional. Se trata de conseguir una actitud mental positiva y agresiva en el enfrentamiento y tratamiento del cáncer. Es necesario superar actitudes o conceptos mentales inconscientes y/o conscientes que son totalmente inadecuados para enfrentarse a la enfermedad

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Se establece también, que dichos pacientes y su familia utilizan varios mecanismos de defensa para no afrontar la realidad, por ejemplo: la negación, proyección hacia otras personas, el rechazo. Estos mecanismos se manifiestan mediante las siguientes reacciones: hostilidad e ira como las reacciones más comunes en los pacientes con cáncer, manifestándose en la agresión hacia los médicos, personas allegadas y otros.

Los pacientes y los familiares atribuyen generalmente la culpa de su enfermedad a que no han cuidado debidamente su salud. La ansiedad que se manifiesta, con agitación, poca capacidad de concentración, problemas de sueño, dolor somático.

El sentimiento de culpabilidad ya que tanto los pacientes como los familiares tratan de avenguar la posible causa de la enfermedad. Arrogancia debido a que los pacientes sienten que merecen un trato especial y ciertas consideraciones por sus pérdidas. La depresión que puede ser considerada una respuesta conveniente siempre que no se presente en forma severa, y cuya sintomatología se caracteriza por la indiferencia, insomnio, anorexia, retraimiento y retraso psicomotor. La dependencia, que es una reacción muy común que se produce en los procesos malignos avanzados y puede inmovilizar a los pacientes, (Fallowfield y Baum, 1993).

Por lo que el estudio de las reacciones psicológicas ante el cáncer y las estrategias utilizadas para afrontarlo, tiene implicaciones prácticas y humanas muy importantes.

ESTRÉS Y CANCER

CONCEPTO Y PSICOBIOLOGIA DEL ESTRES

El vocablo "estrés" fue tomado de la voz inglesa "stress" empleada en la mecánica y en la física para designar una fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar una determinada medida, conduce a la deformación o a la destrucción de este objeto o sistema.

En 1921, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon identificó el término «homeostasis» como el mantenimiento de un medio interno. Posteriormente se refinó a los "niveles críticos del estrés", definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.

Años más tarde, el endocrinólogo Hans Selye utilizó el concepto estrés en el ámbito de la Salud, como un derivado o una adaptación del mismo término utilizado en el área de la Física, observando que los tejidos pueden dañarse mediante una amplia gama de agentes diversos como la temperatura, los traumatismos, cambios eléctricos, etc.; sin embargo estos daños provocan en el organismo una respuesta no específica a cualquier estímulo (por ejemplo: taquicardia, hipertensión arterial, aumento en la secreción adrenal, agotamiento, desgaste emocional, etc.)

El mérito de Selye fue el de trascender estos antecedentes, elaborando a partir de ellos un auténtico y más completo modelo de estrés que diera cuenta no sólo de las situaciones de activación típicamente sostenidas que normalmente viven los organismos en las situaciones típicamente consideradas de estrés (con la inclusión de un sistema activador emocional a base de un eje endocrino u hormonal: hipotálamo-corteza adrenal, complementario de la activación automática) sino también de los efectos negativos a largo plazo que pueden tener lugar en los organismos expuestos a situaciones sostenidas de estrés (Váldez y De Flores, 1985).

El estrés constituye, ante todo, un fenómeno o una reacción natural, biológicamente adaptativa y fundamental para la supervivencia de los organismos, incluidos naturalmente los sujetos humanos. De esta manera, puede decirse que la vida es estrés y que el estrés es parte inseparable de la vida. En cuanto a la significación o función adaptativa desde el punto de vista biológico, al estrés le sucede lo mismo que a otros procesos o reacciones biológicas igualmente fundamentales como la ansiedad o el dolor, en el sentido de asegurar la supervivencia al facilitar la adaptación de los organismos vivos a las contingencias de su medio.

Un modo de abordar el problema del estrés es tratar de lograr una definición operacional apelando a las operaciones o procedimientos utilizados para medir lo que consideramos estrés, lo que implica

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

necesariamente, el recurso a la evaluación multidimensional de los variados componentes de respuesta y estimulantes que intervienen en el estrés (Carrobbles, 1996).

El prototipo de las teorías basadas en la respuesta lo constituye la teoría del estrés de Selye (1936), que considera al estrés como un síndrome específico, pero no inducido específicamente, constituyendo la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier estímulo o demanda, con independencia de la naturaleza de éste; impuesta por él, cuando esta demanda o estímulo suscita en el organismo la necesidad de adaptación o ajuste, en el sentido de producir una alteración en el sistema homeostático del organismo que provoca en él la necesidad de reequilibrarse.

Al conjunto de manifestaciones de esta respuesta inespecífica que constituye el estrés se denomina síndrome del estrés o Síndrome General de Adaptación (SGA), el cuál consta de tres etapas:

- 1 - Reacción de Alarma. El organismo o sujeto percibe conscientemente la amenaza en el medio.
- 2 - Estado de Resistencia. Se activan los sistemas inmunológico y neuroendocrino (simpático y parasimpático) a fin de adaptarse a las nuevas demandas o dar término al peligro.
- 3.- Estado de Agotamiento. Cuando los mecanismos de defensa activados resultaron suficientes para enfrentar la agresión, trae como consecuencia lesiones severas, colapso físico e inclusive la muerte del organismo.

La teoría o modelo de Selye puede verse representado en forma gráfica en la figura 2 en la que se muestran de forma esquemática tanto las tres fases que constituyen el SGA, como algunos de los principales componentes que lo integran.

Cabe aclarar que Selye utilizó el término estrés para referirse a las fuerzas externas que actúan sobre el organismo o al desastre o deterioro que éste ocasiona en los acontecimientos de la vida, (Silva y Zamudio, 1994)

Para transferir esta definición, en 1986, Huber lo expresó de esta manera.

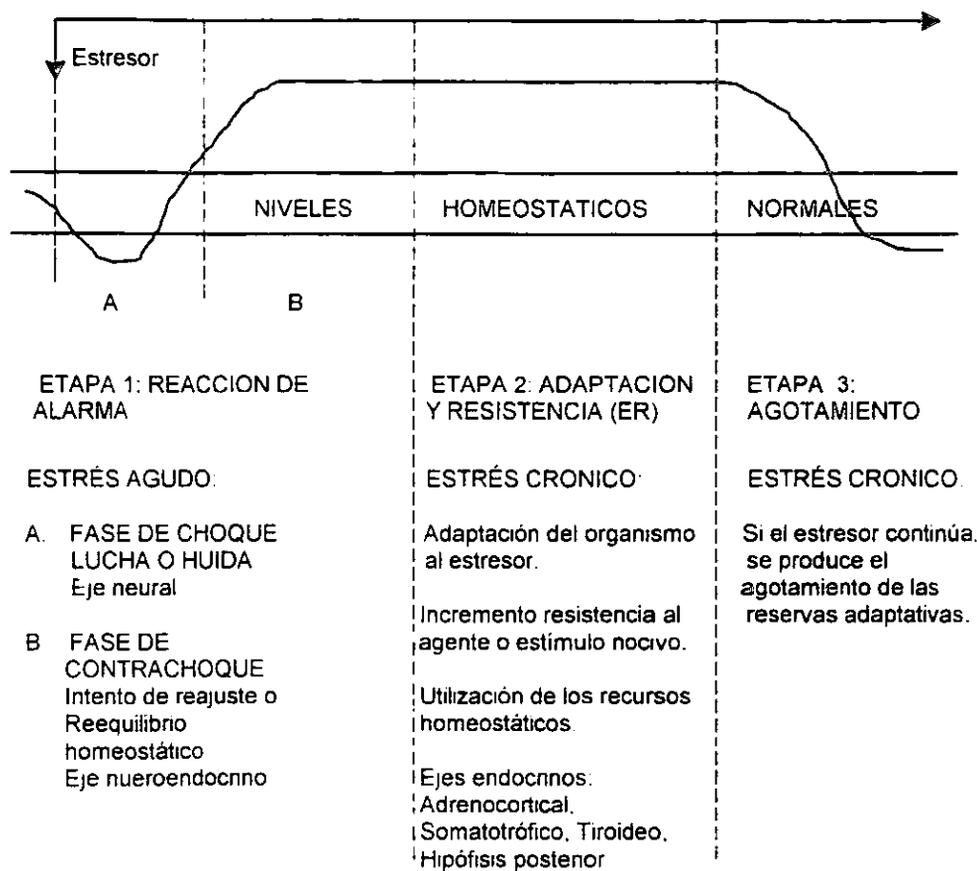
"En todos los seres vivos, el estrés es un indicador de amenaza al bienestar, y como consecuencia a la supervivencia. Como resultado de esto, el ser vivo se ve afectado e intenta ajustarse a estas condiciones modificadas del medio ambiente y actuar contra esta influencia perniciosa (actividad) a huir de ella (pasividad)."

Por otra parte, las teorías del estrés basadas en el estímulo se refiere a que el estrés reside fuera del individuo como una fuerza externa o una propiedad adscrita a los estímulos o situaciones a los que son expuestos los individuos y que al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de éstos, les harían experimentar estrés (Bacon, 1952).

En la definición del estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1986) como el conjunto de relaciones entre la persona y la situación, en el que la persona evalúa cognitivamente la situación como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar, puede apreciarse claramente el papel

central concedido en estas teorías a las cogniciones, especialmente bajo la forma de evaluación o estimación cognitiva, como mediadoras entre la respuesta de estrés y los estímulos estresores a los que pueden verse expuestos los sujetos.

FIGURA 2
PRESENTACIÓN Y DURACIÓN DEL ESTRESOR A TRÁVES DEL TIEMPO.



AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

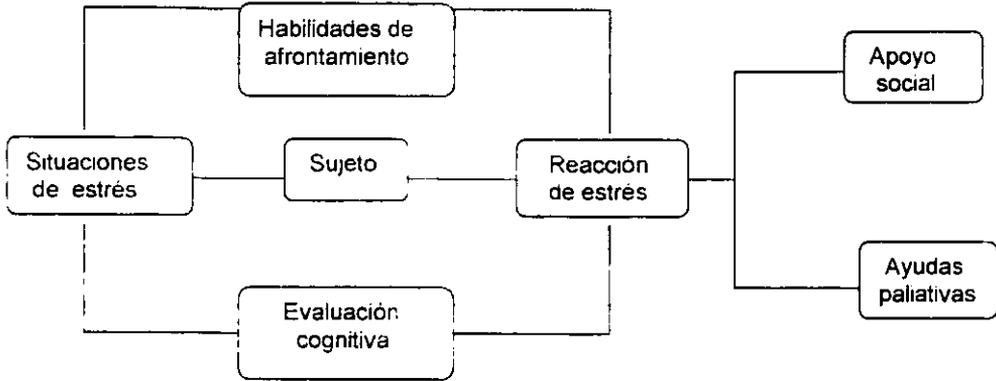
Dentro de la evaluación cognitiva de esta teoría propuesta por Lazarus (1993) se distinguen tres evaluaciones: la primera centrada en la valoración de la demanda o situación estresante externa o interna, a la que es expuesta el sujeto y la que por su parte puede ser dividida en cuatro modalidades: amenaza, pérdida-daño, desafío y beneficio. Una segunda evaluación calificada como secundaria que se refiere a la valoración de los propios recursos disponibles en el sujeto para afrontar la situación, entre los que se contemplan las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los demás recursos de que pueda disponer el sujeto. Y la última evaluación denominada reevaluación que supone la existencia de procesos de feedback y sería la responsable de valorar el curso de la interacción entre el individuo y sus recursos y las demandas de la situación.

Carrobles (1996), considera al estrés como "un estado de sobreactivación sostenido experimentado por una persona ante distintas situaciones consideradas o evaluadas como excesivas o amenazantes y que ocurren bajo condiciones de escasos recursos o habilidades de solución o control y de escaso apoyo social por parte del sujeto". Lo cual constituye una definición multifactorial, incluyendo la práctica totalidad de los elementos habitualmente considerados en relación con el fenómeno y no sólo con las variables estrictamente situacionales o ambientales; propias de las teorías del estrés centradas en el estímulo, o los componentes propios de la reacción de estrés, destacados por los modelos o teorías del estrés basados en la respuesta. Entre los demás elementos incluidos, se cuenta con diversas variables psicosociales, propias del sujeto y su realidad social y ambiental en la que se encuentra inmerso el mismo.

En la figura 3 se representa gráficamente el Modelo Multifactorial Interactivo del Proceso de Estrés en la que se observan los distintos elementos y fases que lo componen junto a las flechas indicativas de su posible interacción, propuesto por Carrobles en 1996.

En ella se establece la reacción en sí de estrés, definida como un estado de sobreactivación sostenido, determinados estresores, bajo la forma de situaciones o demandas; una serie de componentes o características específicas de la persona o del sujeto que es expuesto a la experiencia del estrés, entre las que cabe considerar determinadas dimensiones o características personales, la existencia o no de ciertos recursos o habilidades para afrontar esas situaciones y la propia evaluación cognitiva que el sujeto hace del conjunto de experiencia del estrés; y un último grupo de variables que podemos denominar atenuadoras de la experiencia de estrés, como el apoyo social y otras ayudas paliativas.

FIGURA 3
MODELO MULTIFACTORIAL INTERACTIVO DEL PROCESO DE ESTRÉS



FACTORES Y FUENTES DE ESTRÉS

El primer elemento a considerar en toda experiencia de estrés es el estímulo o la situación desencadenante del mismo, sobre la base de que para que se produzca estrés es preciso que una situación o estímulo de estrés la desencadene o la produzca. Al hablar del estímulo o situación estresante, cabe hablar de estresores biofísicos, psicológicos y sociales. Los estresores biofísicos están constituidos por acontecimientos físicos o biológicos, normalmente externos e impuestos al sujeto en contra de su voluntad como la contaminación, el ruido, el calor, el frío, el esfuerzo físico excesivo la ingestión de drogas o sustancias, el ayuno, el padecer algún trastorno o enfermedad, etc ; y que producen en él un desequilibrio homeostático que dispara la correspondiente respuesta del estrés

Los estresores psicológicos son mayormente observados en la sociedad actual y en nuestro estilo de vida ya que se encuentran relacionados con la interpretación y el significado psicológico o cognitivo que el sujeto asigna a los distintos estímulos o situaciones, sean éstos físicos, interpersonales o procesos internos meramente personales, subjetivos o psicológicos.

Así mismo, Domínguez (1991) explicó que la palabra estrés se usa actualmente para referirse tanto a los efectos de eventos ambientales excepcionales (terremotos, inundaciones, etc) transacciones entre la persona y su ambiente (criminalidad, embotellamientos, accidentes traumáticos, etc.) así como estados patológicos y fisiológicos involucrados (ansiedad, tensión, angustia, etc). Socialmente

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

hablando el estrés es un "malestar psicofísico por tensiones de la vida humana representada por crisis de espacio, alimento, dinero, transporte, emociones, frustraciones, angustias, etc."

Por lo que puede decirse que el "estrés" es un fenómeno psicosocial, una cuestión de relación entre la percepción, interpretación, afrontamiento y evaluación del individuo y el contexto social donde se desarrolla. Las causas generadoras del estrés, por lo tanto tienen su origen en el contexto donde se encuentra

La diversidad de los contextos sociales a los que pertenecemos son así mismo productores de estrés en muchas ocasiones. El contexto laboral es, probablemente, el de mayor relevancia entre los adultos, mientras que el escolar lo suele ser para los niños y los jóvenes.

Otro de los elementos importantes a considerar es la persona o el sujeto en relación con el cuál podemos considerar la existencia de ciertas predisposiciones o características personales, tanto físicas como psicológicas que pueden hacer unas personas más vulnerables que a otras a experimentar estrés o sufrir problemas de estrés. Dentro de estas variables se encuentra la clase social, el sexo, la edad, la raza, el ambiente familiar y social, el medio rural o urbano; los distintos periodos o ciclos vitales por los que atraviesa el individuo a lo largo de su vida y los distintos rasgos o características de personalidad que modulan las respuestas del sujeto ante situaciones estresantes y no como verdaderos agentes causales (Rodríguez, 1995).

Entre las muchas variables disposicionales o de personalidad propuestas como moduladoras de la reacción de estrés y del posible desarrollo final de distintos trastornos y enfermedades relacionadas con el mismo, se encuentran con correlación positiva o facilitadora, entre otras, las dimensiones de personalidad introversión-extroversión, el neuroticismo, la hostilidad, la represión emocional, la alexitimia o la elevada motivación de logro. Por el contrario, también se ha observado la existencia de relaciones negativas, en el sentido de no facilitar o dificultar el desarrollo de múltiples trastornos respecto a las siguientes variables: el optimismo, el sentido del humor, la autoestima o el autocontrol.

Otra variable a considerar como parte de las fuentes de estrés esta la interacción entre los diferentes miembros de una familia, cada uno de ellos con sus particulares características y necesidades, produce frecuentemente estrés. Naturalmente, el papel de la familia es ambivalente, ya que si se crea estrés, también lo previene y, en su caso, lo reduce. Existen varias maneras de considerar el posible impacto de la familia sobre sus miembros; cabe examinar los acontecimientos críticos relacionados con la vida familiar que tienden a producir estrés, tales como la muerte del cónyuge, el nacimiento de un hijo discapacitado, e incluso los estados de tensión excesiva provocados por la presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica como el cáncer (Rodríguez, 1995).

ESTRÉS Y CÁNCER DE MAMA

Al analizar el papel del estrés y el cáncer puede realizarse desde dos puntos de vista: el primero considerando al estrés como agente causal o coadyuvante de la génesis y desarrollo de la enfermedad; y segundo, considerado a la enfermedad como acontecimiento productor de estrés en la persona como agente estresor.

Rodríguez (1995), al analizar el papel del estrés como posible agente activo en la etiología del cáncer se puede considerar hipótesis, especulaciones e investigaciones referidas a las relaciones entre los estímulos psicosociales estresantes

- 1.- Mecanismos que se piensan que están asociados con la enfermedad
- 2 - Precursores de la enfermedad
- 3.-La enfermedad misma

Esas relaciones se pueden producir siguiendo dos caminos fundamentales: a) camino directo, de acuerdo con el cuál el estrés produciría cambios fisiológicos que conducirían al desarrollo del cáncer; b) otro indirecto, que fundamentalmente afecta a la conducta de la persona, como consecuencia de la cual se produciría o facilitaría el cáncer.

El cáncer es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. En la mayoría de las sociedades y las culturas se otorga un valor inapreciable a la salud; por lo que la aparición de una enfermedad crónica como el cáncer en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante. En mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, lo que cabe denominar situación estresante.

El carácter estresante del cáncer según Haan (1977), depende de muchos factores:

- 1 - De su duración. Crónica
- 2.- De su forma de aparición: repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa
- 3 - De su intensidad y gravedad
- 4.- De las etapas de desarrollo del cáncer

Al hablar de la relación que existe entre el estrés y el cáncer existen numerosos registros anecdóticos que indican que la exposición a las situaciones de estrés cotidianas se asociaría con un mayor riesgo de cáncer de mama. En el siglo XIX, si James Paget (1870) afirmó que "... la ansiedad profunda, la desesperanza y la frustración son seguidas rápidamente del desarrollo y crecimiento del cáncer".

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Fox (1978) sugirió que hay dos mecanismos causantes primarios del cáncer: 1) Carcinogénesis, la producción del cáncer por un agente o mecanismo que supera las resistencias existentes en el cuerpo, y 2) Resistencia disminuida frente al cáncer, la cuál permite a un carcinógeno potencial, acelerar su reproducción, logrando producir cáncer. Este mecanismo implica al sistema inmunosupresor del organismo, poniendo a un individuo inmunodeficiente, en el riesgo de padecer una forma u otra de cáncer, dependiendo de la vulnerabilidad de determinados órganos.

Selye (1979) establece que el estrés juega algún papel en el desarrollo de todas las enfermedades y que dichos efectos pueden ser curativos o perjudiciales, dependiendo de las reacciones bioquímicas y nerviosas al estrés, que combaten o acentúan la perturbación.

Por su parte Kissen (1963) ha argumentado que los acontecimientos adversos de la vida y la pérdida de un motivo emocional pueden conducir al cáncer por los mecanismos psicológicos de desaliento y desesperanza. También es posible que las situaciones adversas en la vida puedan precipitar directamente tales efectos. Dentro de esta misma postura Haney (1977) arguye que las predisposiciones de la personalidad pueden no estar directamente ligadas al cáncer, pero ayudan a determinar las alteraciones somáticas y psíquicas a los que los individuos estarán expuestos.

Los estudios de los efectos del estrés sobre el cáncer en los seres humanos recibieron ímpetu a partir de las primeras exploraciones en relación con la influencia de las pérdidas psicosociales sobre el cáncer. LeShan y Worthington (1956) llegó a la conclusión que la pérdida de una relación emocional mayor antes de la aparición de los primeros síntomas del cáncer, es uno de los más consistentemente señalados como contribuyente psicológico, al riesgo del cáncer.

A este respecto Font (1994) establece que los problemas psicosociales que experimentan los pacientes con cáncer son:

- 1.- Problemas emocionales (depresión ansiedad, etc.)
- 2 - Problemas derivados de la sintomatología física (efectos directos de la enfermedad, como el dolor; efectos colaterales de los tratamientos, etc.)
- 3 - Problemas derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos (laborales, familiares, de relación social, etc.)

Estos problemas pueden ir cambiando según el momento en función de la fase de la enfermedad en que se encuentran los pacientes y la evolución de la misma, (Holland, 1973).

De lo anterior puede deducirse que enfermar de cáncer supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva, en función de las características del proceso neoplásico, del tratamiento que se requiere y de la fase de evolución en que se encuentre. Parecería lógico pensar que la depresión es una de las reacciones más frecuentes en los pacientes que sufren esta enfermedad. Los resultados de las investigaciones que han estudiado la respuesta depresiva

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

después del diagnóstico de cáncer, muestran que si bien en la mayor parte de los casos aparecen síntomas depresivos, únicamente entre el 25% y el 30% presentan problemas psicológicos. A este respecto, Degoratis, Morrow y Fetting (1983) encontró que en 215 pacientes con cáncer presentaban un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o ansioso (68%), el 13% depresión mayor, un 8% trastorno mental orgánico, un 7% trastorno de personalidad y un 4% trastorno de ansiedad.

Por su parte, Greer, Morris y Pettingale (1979) sugieren que la desesperanza y/o una incapacidad para expresar las emociones, son una característica de los pacientes con cáncer y pueden ser precursores del cáncer. Ambos estados emocionales pueden ser interpretados como rendición o como una reacción inefectiva a los estresores vitales. Pueden ser vistos como reflejo de un estilo pobre para resolver los problemas que es el modo como se enfrenta con el estrés y no la exposición a los factores estresantes solamente, lo que afecta el crecimiento del tumor.

Además de existir una gran cantidad de observaciones clínicas sugieren la existencia de un tipo de personalidad propensa al desarrollo del cáncer y una relación entre las situaciones de estrés y emocional y el cáncer de mama; las investigaciones psicoimmunológicas sugieren que las situaciones de estrés podrían inducir una respuesta endocrina que a su vez podría alterar el sistema inmune y permitir el crecimiento del tumor, pero una enfermedad asociada con el estrés solamente se desarrollaría en caso de que existiera una predisposición del huésped a dicha enfermedad.

Por lo que Sklar y Anisman (1981) concluyen: "El estrés puede producir sus efectos sobre el sistema inmunitario, por la vía de la mediación de los mecanismos neuroquímicos y hormonales. Además, los cambios hormonales en sí mismos pueden influir directamente el desarrollo del tumor".

En otras palabras, aunque el estrés no sea un factor etiológico primario del cáncer, si puede constituir la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y biológica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo. En consecuencia las estimulaciones cancerígenas sería una condición necesaria pero no suficiente para la aparición y desarrollo del cáncer, postulado que es coherente con los estudios epidemiológicos, la experiencia clínica y la teoría dominante de la multicausalidad, referidos a la enfermedad neoplásica.

Cox (1986) propone que existen diferentes modos por los que el estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer. En primer lugar, determinados estilos de afrontamiento del estrés pueden propiciar que el sujeto se exponga a estímulos cancerígenos. En segundo lugar la respuesta fisiológica de un individuo ante el estrés puede incrementar los efectos de la estimulación cancerígena ya existente ya que dicha respuesta puede implicar cambios en el ambiente celular y hormonal, con el resultado de favorecer el desencadenamiento de cualquier proceso neoplásico latente

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Por otra parte, Beneit (1994) establece que el estrés también puede jugar un papel en la evolución de una enfermedad cancerosa. Una vez establecido en proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o actuar sinérgicamente con el ambiente neuroendocrino favoreciendo el desarrollo del tumor.

El estrés puede también afectar la promoción de un proceso canceroso a través de la supresión de la vigilancia inmunológica. Estos efectos serían muy probablemente mediados por las hormonas sensibles al estrés, en particular los glucocorticoides, las catecolaminas y la hormona de crecimiento. De manera general, puede afirmarse que los trastornos psicológicos en pacientes con cáncer pueden ser el resultado de

- 1.- Estrés ocasionado por el diagnóstico de la enfermedad.
- 2.- El dolor y molestias derivadas del proceso oncológico
- 3.- Tratamiento de la neoplasia
- 4.- Depresión primana, independientemente de la enfermedad orgánica.

Son vanos los factores inherentes a una neoplasia y a su tratamiento que contribuyen a la morbilidad psicopatológica en estos pacientes. Entre otros, se han señalado el conocimiento del diagnóstico, el tratamiento, los efectos no deseados de la cirugía o la pérdida de integridad física y funcional (Gilli y Roca. 1996)

AFRONTAMIENTO Y CANCER

DEFINICION DE AFRONTAMIENTO

El término afrontamiento es la traducción en castellano del término inglés "coping" y que corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrostar, hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante (Rodríguez, 1995).

"Afrontamiento" se utiliza de forma muy amplia en un conjunto de trabajos que refieren al estrés y a la adaptación en situaciones estresantes. No hay una definición comúnmente aceptada, sino definiciones muy diversas, que varían desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social.

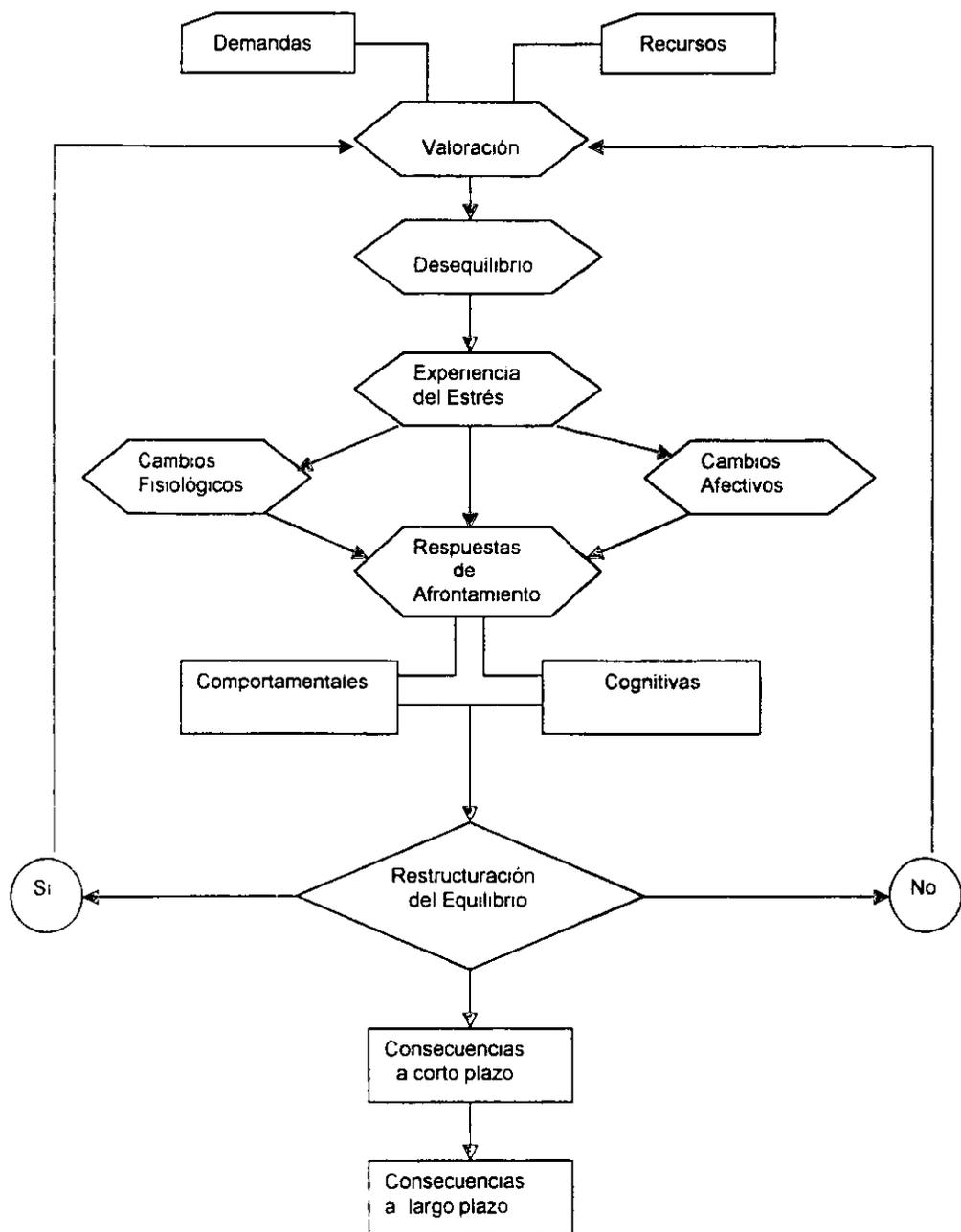
Lazarus en 1966 utiliza el término afrontamiento para referirse a las estrategias conductuales y de comportamiento ante una amenaza. Posteriormente en 1968 Mechanic hace referencia a que el instrumental conductual y la capacidad para resolver los problemas de las personas en las demandas de vida y sus objetivos. Involucra la aplicación de las habilidades, técnicas y conocimiento que una persona ha adquirido.

Por otro lado Caplan (1981) establece que el afrontamiento es la conducta emitida por el individuo (1) como resultado de la reducción de los límites fisiológicos y psicológicos tolerables, manifestándose emocionalmente durante un período de tiempo después del evento estresante; y (2) movilizándolo sus respuestas internas y externas, desarrollando nuevas capacidades para cambiar su medio ambiente y su relación con él.

Posteriormente Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como: "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo", es decir, el afrontamiento es el esfuerzo cognitivo, emocional y conductual que hace la persona para manejar las exigencias específicas tanto internas como externas que le retan o amenazan.

El Modelo de Lazarus se puede complementar adaptando la perspectiva de la teoría general de sistemas, que subraya la interacción constante y el intercambio de información entre un sistema vivo y su entorno y, por tanto, la interacción de los agentes estresantes con el agente humano mediante los procesos de apreciación y valoración (Cox y Mackay, 1981). En la figura 4, se muestra gráficamente este modelo de Estrés – Afrontamiento, en donde sus componentes interactivos operan en una secuencia temporal.

FIGURA 4
MODELO DEL ESTRES-AFRONTAMIENTO



AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

El afrontamiento tiene dos funciones principales: en primer lugar, cuando la persona se enfrenta, intenta liberarse de las consecuencias negativas de los agentes estresantes; por ejemplo la ansiedad o la depresión. En segundo lugar, cuando la persona se enfrenta, intenta cambiar la situación potencialmente estresante mediante la resolución de los problemas; por ejemplo el esfuerzo mental o la confrontación conductual o el esfuerzo físico.

El afrontamiento ha de comprenderse como un proceso que implica cambios en el modo de pensar y de actuar a lo largo de la interacción con el acontecimiento estresante. Por ello son múltiples las estrategias que el individuo puede emplear ha medida que va cambiando la relación con el medio.

Dichas estrategias se basan en el aprendizaje observacional postulado por Bandura al que define como un aprendizaje a través de la observación del comportamiento de otra persona, que es un modelo; es decir, aquella persona que sirve como ejemplo para u observador; si el comportamiento de un modelo obtiene recompensas, el imitador puede imitar dicho comportamiento, ya que todos los fenómenos de aprendizaje que resultan de la experiencia directa pueden tener lugar por el proceso de la sustitución; las consecuencias que ese comportamiento ocasiona en otra persona pueden ser transferidas al aprendiz (Araujo y Chadwick, 1988).

Según Bandura (1977), el aprendizaje observacional tiene lugar según cuatro pasos: 1) prestar atención y percibir las características más importantes del comportamiento de otra persona; 2) recordar el comportamiento; 3) reproducir la acción; y 4) estar motivado para aprender y ejecutar el comportamiento.

Al mismo tiempo asigna especial importancia al papel de la Autoeficacia, considerada como la suma de las expectativas aprendidas con relación al éxito en la determinación del comportamiento que exhibimos; es decir, analizar las exigencias de la situación para poder dar una respuesta de la situación adecuada a las características específicas de ésta, por lo que las conductas serán más adecuadas para afrontar el estrés y sus consecuencias de su acción serán más positivas. La autoeficacia sostiene la confianza en la habilidad propia de las personas para comportarse de algún modo, independientemente del éxito que hayan tenido en el pasado o de los obstáculos que en la actualidad tengan frente a ellos. Cuanto mayor sea el sentido de autoeficacia de una persona, más probabilidades de éxito tendrá. Por ejemplo, las personas con alto sentido de autoeficacia asociados con la adherencia a los regímenes de ejercicios (Fruin, Pratt & Owen, 1992), afrontamiento adaptativo al dolor (Litt, 1988) y al dolor crónico (Novy y Cols, 1998) así como el afrontamiento ante la artritis reumatoide (O'Leary, Shoor, Lonng, & Holman, 1988).

Enfatizando también que dicha teoría asigna una importancia fundamental a la reciprocidad que existe entre los individuos y su ambiente. No se limita a asumir que el ambiente afecta la personalidad, sino que apunta en los comportamientos y las personalidades de una función de

retroalimentación que modifica el ambiente, lo cuál afecta a su vez el comportamiento en una red de reciprocidad. De hecho, Bandura (1977) sostiene que el determinismo recíproco es la clave para comprender el comportamiento, ya éste es considerado como la intención existente entre el ambiente, comportamiento e individuo, y esta interacción provoca que las personas se comporten del modo en que lo hacen.

RECURSOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades, internos y externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. Rodríguez (1995) establece que existen 4 cuatro categorías:

- 1) Físicos /Biológicos, que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona, incluyendo su propio organismo biológico que están disponibles para ella, como ciertos factores relacionados con su salud biológica, la energía y resistencia de la persona; que indudablemente están relacionadas con la respuesta fisiológica a los estresores, así como los ambientes físicos como el clima, la estructura física de su vivienda o del ambiente en que se ubica.
- 2) Psicológicos/Psicosociales, que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta el sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido del control. Los recursos psicológicos incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destreza para la solución de problemas, la autoestima y la moral.
- 3) Culturales, que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo. La salud y la enfermedad, por ejemplo no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerado tanto en cuanto a su personalidad como a sus niveles orgánicos; son también estados valorados y reconocidos institucionalmente en la cultura y en la estructura social.
- 4) Sociales, que incluyen la red social del individuo y sus sistemas sociales, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional. Este tipo de variables parecen ser cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés y a la enfermedad crónica en particular.

Considerando estos recursos de afrontamiento con los que cuenta el individuo, así como la reducción del desequilibrio entre las demandas, el estrés se puede integrar de diferentes maneras.

Recientemente han surgido formulaciones operativas sobre los estilos de afrontamiento como disposiciones personales. Entre estas propuestas, cabe mencionar la Byrne (1964) de un continuo bipolar entre los dos posibles extremos de afrontamiento denominado represor y sensibilizador, entendiéndose por estilo represor un modo de enfrentamiento ante las situaciones de estrés caracterizado por la negación, la evitación y la intencionación de los problemas, mientras que por

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

contrario, un estilo sensibilizador se caracterizaría por una actitud más vigilante, más expansiva y con tendencia a exteriorizar los problemas.

Otra propuesta es la formulada por Miller (1987) en términos cognitivos, proponiendo la existencia de dos estilos cognitivos básicos: un estilo de afrontamiento vigilante (monitoring) y un estilo opuesto, atenuador (blunting); caracterizado por el primero a individuos que procesan y reaccionan ante la información relacionada con los sucesos aversivos o amenazantes permaneciendo en una actitud de alerta y activación, y el segundo a personas que evitan o reducen la información asociada con situaciones de peligro o amenaza. La finalidad o función propuesta en ambos casos de estos supuestos estilos cognitivos sería la de adaptarse a las diferentes situaciones de estrés enfrentadas por los sujetos, tratando de reducir los posibles efectos del mismo.

Lazarus (1993) por su parte, discutió que existen dos tipos de respuestas de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente; y, en segundo lugar, un tipo de afrontamiento paliativo definido como acomodaticio, en cuyo caso la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan al manejo o reducción de los sentimientos de distrés que resultan de ella.

Así pues, pueden establecerse inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren: la regulación de las emociones causadas por el distrés (afrontamiento centrada en la emoción) y el manejo del problema que está causando el distrés (afrontamiento centrado en el problema). Folkman y Lazarus ya demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que se evalúa cada "transacción". El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar ésta, algunas veces alterando el significado de un resultado. El afrontamiento centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbada entre persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa.

Partiendo de esta teoría, Lord, Abad, Garcia y Nieto (1995) establecen que existen dos modos de afrontar el estrés: directa o defensivamente. El primer método implica dedicar toda la atención a un acontecimiento estresante y emplear los recursos cognitivos y conductuales para provocar el cambio en el acontecimiento, de manera que la situación pase a ser no estresante. El método defensivo implica la evitación del acontecimiento estresante una vez que ha ocurrido, o bien la supresión de la respuesta emocional, cognitiva o fisiológica ante él, con la consiguiente reducción del impacto, como se observa en el cuadro 4.

A) Métodos de Afrontamiento Directo

El primer paso para que un afrontamiento tenga éxito es la correcta evaluación del problema; es decir, comprender por qué sufre de estrés. Esta evaluación implica la identificación de las fuentes y la

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

constatación de los efectos que tiene, así como el desarrollo de una estrategia de lucha para eliminar o reducir, en definitiva controlar el agente estresante. La esencia de los métodos de afrontamiento directo es el afrontamiento físico o mental de la fuente de estrés; por ejemplo, la resolución de problemas o el esfuerzo físico, como charla, cambiar las situaciones o desarrollar nuevos planes de un fracaso, son estrategias de afrontamiento directo

La resolución de Problemas, que implica evaluar las medidas que han de tomar para reducir la potencia del agente estresante, es una forma eficaz de afrontamiento por dos razones: mejora la relación situación-persona y mejora el estado emocional de la persona con un cambio en el foco de atención de los efectos negativos del estresor hacia el optimismo.

CUADRO 4 ESTATEGIAS Y RECURSOS DE AFRONTAMIENTO MAS UTILIZADOS (Matheny, Aycock y Coles. 1986)

Estrategias	
- Solución de Problemas	80%
- Restructuración Cognitiva	71%
- Reducción de la Tensión	51%
- Evitación/Retirada	34%
- Negación/Supresión	31%
- Catarsis/Desahogo	31%
- Estructuración	23%
- Búsqueda de Información	23%
- Uso de Habilidades Sociales	20%
- Respuestas asertivas	17%
- Auto medicación	14%
Recursos	
- Apoyo Social	54%
- Valores y Creencias	43%
- Vida Sana y Ordenada	37%
- Autocontrol	34%
- Autoestima	17%
Otras Conductas y Recursos	74%

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

El afrontamiento confrontativo implica dirigirse directamente a la fuente del agente estresante y tratar de cambiar al instante. Esta estrategia antes de producir efectos negativos, como la rabia, hostilidad y agresión, reduce al mínimo los estados afectivos aversivos por medio de la negociación que por lo general suele ser eficaz.

La búsqueda de apoyo social es otro método de afrontamiento directo. La expresión alude a la red de personas con las que puede contar el individuo en momentos de crisis y malestar emocional. El apoyo social es el proceso mediante el cual las otras personas proporcionan sus recursos afectivos y materiales; es decir, aportan por un lado información, consejos, pláticas y por otro lado ánimo. La red de apoyo social reduce el impacto estresante de dos maneras: disminuye la posibilidad de que la persona se vea inmersa en acontecimientos vitales negativos, y actúa como protección que permite al individuo evaluar los acontecimientos como menos amenazantes y con una preocupación menor

B) Métodos de Afrontamiento Defensivo.

Se orientan hacia la supresión de los efectos negativos del estrés. Cuando las personas intentan evitar la situación estresante de forma mental o física, o los síntomas que provoca, están haciendo uso de los métodos defensivos. Para los teóricos cognitivos, los mecanismos de defensa pueden resultar benéficos para el individuo, pues se conciben como formas de interpretar los agentes estresantes ambientales, más que como respuestas potencialmente neuróticas; por ejemplo la negación de un diagnóstico fatal de una enfermedad grave como lo es el cáncer. Otros mecanismos de defensa incluyen estrategias conductuales que se dirigen al alivio de la tensión y los síntomas generados por el estrés, aunque no cambian la situación, siendo unas más benéficas que otras; por ejemplo las técnicas del manejo del estrés, como la relajación, meditación, biofeedback, que están diseñadas para el control voluntario de las respuestas fisiológicas automáticas, y no crean la adicción con dependencia física y psicológica que crean las drogas de efectos sedantes como los tranquilizantes, las benzodiacepinas, los barbitúricos y el alcohol.

Como se ha dicho, el "afrontamiento del estrés es un proceso dinámico" y sus orientaciones básicas pueden variar en primacía a lo largo del tiempo para un individuo y pueden estar presentes en cualquier momento en particular. En consecuencia un individuo puede tener una preferencia consistente hacia una u otra orientación incluso frente a restricciones situacionales que parecen "exigir" otra respuesta. En cualquier caso se puede hablar de ciertos factores determinantes de la selección de las respuestas de afrontamiento que la persona pone en marcha cuando produce un episodio estresante

AFRONTAMIENTO Y CANCER

Como ya mencionamos, el cáncer es un proceso que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto; por tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante, que en mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que cabe denominar situación estresante.

Para aquellos pacientes con cáncer, lo, difícil no es el hecho de tener cáncer, sino los significados implícitos que la persona da a la enfermedad dolor, desfiguración, hospitalización dudas, incapacidad, y muerte posible, y encontrar modos de enfrentarse con la realidad arrolladora, pero real (Cooper, 1986).

Vivir con una enfermedad crónica como el cáncer implica una gran demanda en la capacidad para adaptarse: preservando un balance emocional razonable, estableciendo una relación social con familiares y amigos, manejo y control del dolor y otros síntomas; y desarrollar y mantener relaciones adecuadas con el personal de salud.

Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación. Al hablar de las tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la reestructuración del equilibrio, readaptación o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es que significa estrés.

El tipo de respuestas emitidas por el individuo es el resultado de la apreciación del acontecimiento de la enfermedad como estresante, es decir, de su evaluación como amenaza, daño, pérdida o desafío y de que los recursos no son adecuados para afrontar las demandas del acontecimiento.

Existe alguna evidencia que sugiere que los pacientes con cáncer emplean múltiples estrategias de afrontamiento que lo ayudan a enfrentar mejor una enfermedad crónica dependiendo de la evolución de la enfermedad y características individuales de afrontamiento dentro de un proceso de ajuste. (Rodríguez, Behen y Tumlin, 1994)

Dichas respuestas pueden dividirse en siete categorías, tres relacionadas con la enfermedad y cuatro relacionadas con procesos más generales (Moos, 1977).

- 1 - El enfermo debe reconocer sus síntomas, controlarlos y prevenir sus crisis cuando sea posible
- 2 - En caso de los tratamientos como la cirugía, quimioterapia o radioterapia, la tarea a superar es la de aceptar o no el tratamiento

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Esta decisión depende de: a) la naturaleza de la enfermedad; b) etapas de la enfermedad; c) complejidad del tratamiento; d) la adaptación de los cambios comportamentales requeridos; e) importancia de los efectos secundarios; f) la estabilidad familiar y g) el grado de información.

- 3.- Mantener las relaciones adecuadas con el médico y el resto del personal sanitario.
- 4.- Conservar un equilibrio emocional razonable, es decir, afrontar los sentimientos de disgusto con la enfermedad tanto el paciente como la familia
- 5.- Conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia satisfactoria.
- 6.- Conservar las relaciones con familia y amigos.
- 7.- Prepararse para un futuro incierto y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre.

Esta apreciación puede evocar estados afectivos negativos entre los cuales la depresión y la ansiedad son los más habituales. La ansiedad no sólo puede aparecer como resultado directo de la apreciación del estrés sino que también puede hacerlo en fases posteriores como consecuencia del fallo del ajuste realizado, o de la posibilidad de recurrencia del acontecimiento, como sucede con el cáncer o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión (Wilson-Barnett, 1979).

Rowland (1989) establece por su parte que son tres los determinantes en el afrontamiento de los pacientes con cáncer. En primer lugar se encuentra la naturaleza del estrés: el cáncer relacionado y las variables relacionados con la enfermedad como el sitio de la enfermedad, el estadio, el tratamiento y el curso de la enfermedad. En segundo lugar las variables individuales como en cual de las etapas de la vida se presenta el cáncer y que recursos emocionales y sociales están disponibles. Finalmente, los aspectos socioculturales que contribuyen al afrontamiento del cáncer desde el diagnóstico y el tratamiento.

El estrés, las emociones y el afrontamiento se hayan relacionadas en forma causal con la enfermedad. En nuestra cultura los mecanismos de defensa a los que frecuentemente recurren los pacientes con cáncer son rechazo, intelectualización y racionalización (Bayés, 1992).

Por lo anterior, parece claro que debido a las situaciones por las que atraviesa el paciente con cáncer durante el curso de su enfermedad, conduce a una reacción de estrés, experimentada por el paciente como desagradable que provoca importantes necesidades de adaptación, esta reacción posee normalmente cuatro características según lo establecido por Bayés:

- 1.- Incertidumbre, como resultado de la imposibilidad de predecir los acontecimientos y debida en parte, a la falta de información que tiene el enfermo sobre todo lo relacionado con la enfermedad, su tratamiento y evolución
- 2.- Sentimientos negativos, tales como el miedo, ansiedad o depresión.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

3.- Pérdida de control, que se traduce en sentimientos de indefensión o de incapacidad para influir sobre los acontecimientos.

4.- Amenazas a la autoestima, que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo, o de las dificultades laborales, sociales, sexuales, etc.

Algunos enfermos de cáncer sufren una ruptura progresiva de sus estilos de vida y presentan graves problemas emocionales de los que nunca se recuperan por completo; mientras que otros, en cambio, parecen adaptarse a la enfermedad sin excesivas dificultades. Una variable que podría explicar estas diferencias son las **Estrategias de Afrontamiento** de la enfermedad y del estrés generado por la misma (Holland y Mastrovito, 1980).

Moorey y Greer (1989) proponen que el modo en que los pacientes con cáncer evalúan y afrontan su diagnóstico pueden puntuarse sobre cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico y que pueden describirse en los siguientes términos:

- * **Espíritu de lucha:** visión del diagnóstico como un reto; visión optimista del pronóstico, creencias de control sobre el curso de la enfermedad y presencia de respuestas de afrontamiento dirigidas a combatir la enfermedad.
- * **Desamparo/Desesperanza:** visión de la enfermedad como una pérdida irreparable, visión negativa del pronóstico, percepción baja de control y ausencia de respuestas de afrontamiento.
- * **Preocupación ansiosa:** visión de la enfermedad como una amenaza, incertidumbre respecto al pronóstico y respecto a la posible de ejercer control y presencia de respuestas de afrontamiento conductuales.
- * **Fatalismo:** visión del diagnóstico como una amenaza menor, aceptación de cualquier pronóstico y baja percepción de control.
- * **Negación:** visión del diagnóstico como una amenaza mínima, visión positiva del pronóstico y ausencia de evaluaciones relativas al control

Algunos modelos teóricos han determinado cuales son las estrategias utilizadas por adultos con cáncer, entre los que se encuentran Copper y Watson (1991); Lazarus y Folkman (1984) y Roth y Cohen (1986). Generalmente, la evitación como estrategia de afrontamiento que involucra exigencias del estímulo estresor y la aceptación-resignación que incluye una respuesta pasiva de afrontamiento. La confrontación por otro lado describe más respuestas activas de afrontamiento incluyendo el buscar información, discutir el estresor con otros, redefinición cognitiva y asumir un rol activo para aminorar la experiencia estresante. Para los adultos con cáncer, las estrategias de afrontamiento caracterizadas por la expresión emocional, aceptación-resignación y la evitación

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

están asociados con más efectos negativos incluyendo depresión y ansiedad. En contraste, el optimismo y el buscar la información están asociados con menos ansiedad, depresión culpabilidad y hostilidad y enojo (Nelson, Friedman, Baer, Lane y Smith, 1989).

Pederson y Vallanis (1988), establecen que existen reacciones y respuestas que facilitan o deterioran la adaptación exitosa en el paciente con cáncer, entre las que se incluyen: (a) afrontamiento con los síntomas y necesidades del paciente (b) comunicar a otros sus reacciones emocionales (c) obtener información y manifestar su condición de pacientes con médicos y enfermeras (d) mantener y reorganizar el ambiente de su casa así como responsabilidades de otros miembros de la familia, (e) comunicación interpersonal y (f) afrontar las dificultades económicas. Las reacciones de los miembros de la familia y las respuestas emitidas por el paciente con cáncer pueden determinar el ajuste psicológico de estos pacientes, pero también juega un papel importante en la adaptación del paciente para vivir con cáncer.

Existen distintas investigaciones que nos pueden ayudar a comprender el proceso de afrontamiento en el cáncer. Como la realizada por Weisman y Worden (1975) en la que evalúan el uso de 15 estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer durante los primeros tres meses después del diagnóstico, dichas estrategias incluyeron respuestas defensivas y adaptativas entre los que fueron buenos estilos de afrontamiento la confrontación, la redefinición y la cooperación con la autoridad; y entre los estilos de afrontamiento pobres, empleados por los pacientes se encuentran la pasividad y la resignación. Además del pesimismo, múltiples problemas familiares y poca expectación hacia el futuro.

Por otro lado Felton y Revenson (1984), evaluaron el uso de la eficacia en tres formas de afrontamiento: confrontación, evitación y aceptación-resignación en pacientes con cáncer. Estableciendo que la confrontación es la estrategia más utilizada en pacientes con una personalidad extrovertida y para quienes perciben a la enfermedad como algo serio; en contraste con la evitación utilizada por pacientes de nivel sociocultural bajo y quienes tuvieron una percepción negativa de si mismos Y la aceptación-resignación más utilizada en pacientes con poca expectación hacia el futuro y poca esperanza. Los adultos que reportan poca esperanza en su recuperación o pesimismo en cuanto a su enfermedad, evitando hablar con sus amigos y familiares acerca de su enfermedad y son particularmente más vulnerables a incrementar su ansiedad, depresión y por consecuencia un pobre ajuste. Por lo que estilos de afrontamiento como el buscar información y hablar con otros de su enfermedad resulta más adaptativo (Smith y Wallson 1992).

Valderrama, Carbellido y Dominguez (1995), evaluaron a 71 mujeres con cáncer cérvico uterino las cuales reportaron que las estrategias de afrontamiento más utilizados son la negación (94.4%), los esfuerzos cognitivos orientados a la solución del problema (90.1%), racionalización religiosa (89.6%);

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

busqueda de apoyo social (88.2%); esfuerzos conductuales orientados a la solución del problema (88.2%), mostrando con ello que los estilos de afrontamiento y no exclusivamente orientados en una sola dimensión. Ante la enfermedad hacen uso de una amplia gamma de esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar el problema y sus consecuencias emocionales. Simultáneamente mantienen creencias religiosas, buscan de alguna forma su condición de enfermas sea susceptible de cambio y buscan el apoyo que el medio les brinda; evitan confrontaciones, evadiendo un poco la realidad ante aquello que las dañe, protegiendo así su autoestima.

Así mismo, Carver y Cols. (1994), analizaron la personalidad como cualidad en el optimismo versus pesimismo puede predecir el ajuste en pacientes con diagnóstico de cáncer en etapas tempranas en su primer año de postoperatorio; estableciendo que el optimismo-pesimismo como disposición de personalidad juega un papel dinámico en el cual las mujeres con diagnóstico de cáncer se ajustan a una nueva situación de vida, y en donde el pesimismo representa una vulnerabilidad negativa en el ajuste emocional y el optimismo por su parte aparece provocando una mayor aceptación de la realidad y hacer frente a los cambios.

Por su parte, Ferrero, Toledo y Barreto (1995), investigaron a 68 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama en lo que se refiere a la evaluación cognitiva y el afrontamiento de la enfermedad, los resultados indicaron que el "espíritu de lucha" de las pacientes y la "negación" de la enfermedad se asociaban a mejores resultados psicosociales; mientras que el "desamparo-desesperanza", el "fatalismo" y la "preocupación ansiosa", iniciales se asociaban a mayor malestar concurrente y en el futuro.

Más recientemente Cano-Vindel y Cols. (1999) observan un estilo represivo de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, caracterizado por bajo nivel de ansiedad autoinformado y alta deseabilidad social. Presentando puntuaciones más bajas que la población en general en expresión externa de emociones negativas (ansiedad, ira y tristeza-depresión), así como puntuaciones altas en control percibido, ocultación-defensa, recreación interna y comportamiento altruista hacia los demás, cuando se encuentra bajo dichos estados emocionales; lo que tiende a provocar una activación fisiológica elevada y permanente así como cierto grado de inmunosupresión que podría resultar perjudicial para la supervivencia de estas pacientes.

En el 2000 Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold y Targ reportan que en 142 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, quienes participaron en un estudio longitudinal dentro de programas de apoyo psicosocial, que existe una correlación negativa entre la calidad de vida y estilos de afrontamiento como esperanza/desamparo y una correlación alta entre calidad de vida y fatalismo.

Por todo esto, podemos señalar que el estrés relacionado con el cáncer se debe principalmente a la forma en que el paciente percibe y afronta su enfermedad. Sin embargo, las variables cognitivas no

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

han sido tomadas en cuenta a pesar de la importancia y son pocas las investigaciones realizadas en este ámbito. Algunos de los aspectos que se han utilizado con pacientes con cáncer son los siguientes:

a) Respuestas de afrontamiento.

Los estados de depresión y ansiedad están correlacionados positivamente con problemas de ansiedad, indefensión o desesperación y negativamente con el espíritu de lucha.

b) Pensamientos negativos.

Los pensamientos negativos tienen un carácter automático, intrusivo, plausible y aunque a simple vista pueden parecer verdaderos, en realidad no están basados en razonamientos de tipo lógico. Este tipo de pensamientos son característicos en pacientes con cáncer, especialmente en aquellos que experimentan un notable incremento de ansiedad como consecuencia del diagnóstico de la enfermedad.

c) Expresión de sentimientos

Algunos estudios realizados con mujeres con cáncer de mama revelan que en gran parte de los pacientes tienden a suprimir sus sentimientos, entre ellos la ira, que es el más frecuente entre los pacientes enfermos de cáncer y eso conlleva a situaciones de indefensión.

d) Solución de problemas.

Una de las definiciones más completas es la propuesta por Nezu (1991), que se refirió a la solución de problemas como el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigieron sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación misma o bien sus relaciones hacia ella. En el caso de los pacientes con cáncer el problema más habitual es el de enfrentarse a una situación crónica, y eso conlleva a acentuar la dificultad para controlar problemas provocados por una situación única.

Dentro de los instrumentos utilizados para la evaluación de los estilos de afrontamiento, se encuentra el elaborado por Merluzzi y Martínez (1997), The Cancer Behavior Inventory (CBI) creado como una medida de autoeficacia para el afrontamiento del cáncer. Fue desarrollado con 78 reactivos basados en las investigaciones realizadas con relación al afrontamiento del cáncer. Posteriormente fueron reducidos a 63 reactivos ya que se eliminaron algunas preguntas que no eran relevantes y confundían a los pacientes, el estudio piloto se realizó con 33 personas con diferentes variedades de cáncer (11 hombres y 22 mujeres; durante su tratamiento de radioterapia el rango de edad fue de 21 a 74 años, 70% eran casados, 50% empleados, el 31% con secundaria completa y 25% con preparatoria y licenciatura. El 14% tuvo recurrencia y el 70% recibió quimioterapia y radioterapia; el 44% fue diagnosticada por más de 2 años antes de este estudio.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La forma de respuesta se estableció en base a los formatos de los cuestionarios de autoeficacia: con un rango del 1 al 9, donde el 1 es *No es nada cierto*; hacia el 5 que es *Moderadamente cierto*; hasta el 9 *Totalmente cierto*.

Al final la versión de CBI constó de 51 reactivos, ordenados azarosamente con un rango de 1-9 en cada una de las preguntas.

EL CBI de 51 reactivos fue administrado con otras mediciones a 502 pacientes con cáncer. Los seis factores o subescalas que emergieron fueron: 1) Mantener la Actividad e Independencia ($\alpha=0.89$); 2) Afrontamiento relacionado con el tratamiento y efectos secundarios ($\alpha=0.88$); 3) Aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva ($\alpha=0.87$); 4) Buscar y entender la información médica ($\alpha=0.88$); 5) Regulación afectiva ($\alpha=0.75$) y 6) Buscar soporte ($\alpha=0.77$). Los ítems para el factor 7, Manejo del estrés en las citas médicas, se incluyen a base de un análisis de factor de los 43 ítems. En base a estos factores el CBI refleja una mejor el afrontamiento en pacientes con cáncer durante el curso de la enfermedad y los tratamientos.

El CBI fue confiable con una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de .94. Basado en análisis de factor, fueron eliminadas 10 preguntas por no conformar la estructura del instrumento ya que tuvieron un factor de consistencia menor de .45. Por lo que la versión final del CBI contiene 33 reactivos. (Ver anexo).

CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER

HISTORIA Y CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término "Calidad de Vida" en diferentes contextos y en donde vanos especialistas aportan sus enfoques. Sin embargo casi todos los autores coinciden en afirmar que el término aparece en la década de los 70 y tuvo su expansión hacia los años 80. encubierto por el desarrollo de conceptos tales como los de bienestar, salud y felicidad. Aunque su prehistoria data de las civilizaciones grega, romana, egipcia y hebrea, es en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos el bienestar en el que surge propiamente el término "calidad de vida".

Ferrel, Wisdom, y Wenzl, (1989) y Grau (1999) establecen que las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de Filosofía y Ética para discutir los problemas del significado de la vida y dimensiones espirituales del sufrimiento. Por su parte, Moreno, Ximenez, (1996) señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas para extenderse rápidamente a la Psicología y Sociología, ya que la mayoría de los estudios realizados sobre Calidad de Vida a principios de la década de los 80 provenía de las médicas en una proporción de 10:1 con relación a trabajos psicosociales. hacia finales de esta década la proporción se había invertido (Friedman y Di Matteo, 1989).

El concepto de "Calidad de Vida" es un concepto complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones y de difícil definición operacional. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal; pero también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores "objetivos" biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (Diener, 1984).

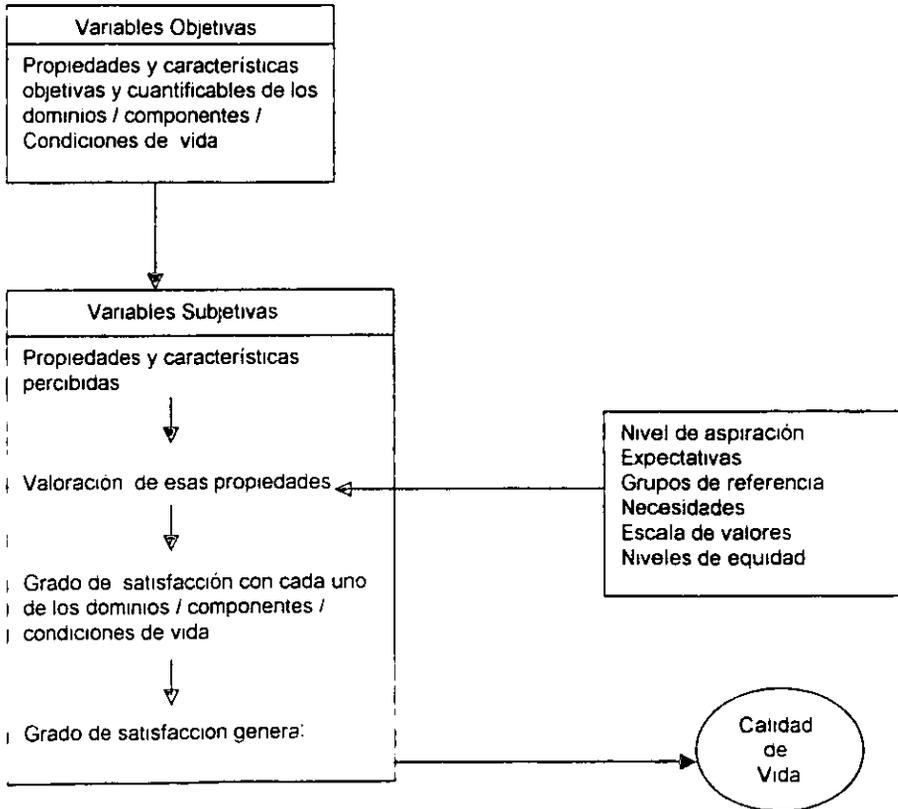
La calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y por otro lado en terminos de presencia o ausencia de indicadores estándar más o menos objetivos de lo que en general las personas consideren una buena vida. El primer aspecto se refiere a los denominado felicidad y el segundo alude a la noción de "estado de bienestar".

Considerar ambos aspectos, implica, no solo la constatación de la presencia de una sociedad de los indicadores objetivos del bienestar sino también de los indicadores "subjetivos", es decir, presentes en la experiencia de la persona (Campbell, 1976). que consiste, básicamente en un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo, determinado, asimismo, por otros elementos de índole psicológico y/o conductual. La presencia de ese sentimiento positivo de satisfacción global respecto

de la vida debe estar determinada no sólo por la "interpretación del sujeto" (determinantes cognitivos), sino, por la presencia de condiciones externas objetivas. Blanco (1985). establece la relación entre variables objetivas y subjetivas puede verse en la Figura 5.

Los indicadores objetivos están referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona y pueden centrarse en riqueza, amor (entendido como una forma de apoyo social), comodidad y salud (Diener, 1984; Bryant y Veroff, 1982 y Barriga, 1988)

**FIGURA 5
VARIABLES OBJETIVAS Y SUBJETIVAS EN LA CALIDAD DE VIDA**



AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Dentro de las condiciones externas objetivas puede considerarse el estado de salud, sin embargo, nos encontramos frente a un indicador mixto ya que si bien existen indicadores objetivos (fundamentalmente de orden biológico) de una situación de salud, tan importantes como aquellos indicadores subjetivos, que se manifiestan mediante el autoinforme de las propias personas. Por otro lado no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida, si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud. Por ello es que parte del significado de la definición de la salud de la O.M.S. que de hecho nos presenta un concepto de salud muy similar al de calidad de vida "estado de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad".

En el caso de los enfermos con cáncer encontramos un desequilibrio importante en una de las variables que se consideran un componente esencial de la calidad de vida: el estado de salud. Podemos asumir que las variables que son buenas productoras de la calidad de vida en una persona sana lo serán también en los enfermos con cáncer.

Sin embargo, si queremos considerar una definición y operacionalización del concepto de calidad de vida en el caso concreto de los enfermos crónicos. Al analizar las definiciones existentes como las de Fayos y Belamd (1981); Shaw (1977), Szalai (1980); Harwood (1976) y Liu (1974); difieren en tres dimensiones: En primer lugar, la consideración global frente a una consideración fragmentaria; ya que mientras unos autores la definen como un "objeto" global, otros la definen como un constructo de diversos componentes de vida.

La mayoría de los autores incluyen la condición física de los pacientes, su bienestar psicológico y la ejecución de actividades. Pero en cambio, no hay muchos autores que incluyen el funcionamiento social y apoyo social en sus definiciones de la calidad de vida, aunque los resultados de algunos estudios han sugerido que la calidad del apoyo social puede ser indicador (predictor) de la calidad de vida (Campbell, 1976 y Shaw, 1977)

El impacto de la enfermedad sobre el bienestar material de los pacientes puede ser importante, por ejemplo para el tratamiento de quimioterapia, traslados para el tratamiento, alimentación y hospedaje. El impacto material puede afectar también a las personas cercanas a los enfermos y quizá incluso a los ingresos familiares. En cualquier caso, la elección de las áreas que componen la calidad de vida de los enfermos con cáncer no ha sido muy consistente y lo más usual es lo que la mayoría de los autores incluyen el control de síntomas físicos, el funcionamiento psicológico y nivel de actividad.

La segunda de las dimensiones de definición es la evaluación objetiva frente evaluación subjetiva. Unos autores se refieren a la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, mientras que otros se refieren a una situación objetiva. La objetividad puede referirse o bien a circunstancias de la vida es realizada por un observador y no por el enfermo mismo. En la investigación sobre el cáncer ha demostrado ser

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

muy relevante ya que la calidad de vida ha sido evaluada hasta hace muy poco tiempo y en la mayoría de los casos por los médicos que tratan a los pacientes y sólo recientemente se ha desarrollado nuevos instrumentos para evaluar la calidad de vida en la investigación sobre el cáncer. En tercer lugar, encontramos definiciones de calidad de vida como un concepto general frente a otras que la entienden como un concepto específico para cada enfermedad. Es decir, que para unos autores hay un concepto de calidad de vida, sea cuál sea el contexto en el que hablamos de ella, puesto que toda enfermedad tiene un efecto global inespecífico sobre la calidad de vida del paciente con cáncer, determinando su impacto sobre las funciones generales de la persona y capturando la vanedad de disfunciones asociadas a la enfermedad

Definir calidad de vida en enfermos crónicos como el cáncer, como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectados por su enfermedad, su tratamiento y efectos.

Sin embargo, existen acuerdos en que la Calidad de Vida es un constructo multidimensional, con al menos cuatro aspectos: a) Estatus funcional, b) Síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento, c) Funcionamiento psicológico y d) Funcionamiento social.

- a) Estatus funcional. Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías que se incluyen comúnmente son el autocuidado (alimentarse, vestirse, bañarse), la movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de su casa) y las actividades físicas (andar, subir escaleras, etc.)
- b) Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y con los tratamientos. Los síntomas físicos de los que los enfermos con cáncer informan como resultado del proceso de enfermedad o del tratamiento como el dolor, disnea, fatiga y malestar corporal, estreñimiento, diarrea, náusea y vómitos y trastornos del sueño, etc.
- c) El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológica) Aunque hay diferencias importantes, numerosos estudios han puesto de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con cáncer, cuyos síntomas se ven reflejados en los efectos físicos directos de la enfermedad o de su tratamiento
- d) Funcionamiento social (ajuste o adaptación social). El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos con cáncer y es el resultado de diferentes factores (Wortman, 1984) como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o la fatiga, el miedo del paciente a ser una carga para los demás, el azoramiento por los síntomas, por las discapacidades; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Además de las actividades de rol (desempeño de los papeles sociales asociados con el trabajo y la familia)

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Por todo esto puede señalarse que la Calidad de Vida del paciente con cáncer depende de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de una y otro. El enfermo con cáncer debe afrontar los aspectos estresantes de la enfermedad, para conseguir restablecer una vida de mejor calidad posible, que es una situación adecuada de adaptación. Adaptación a la enfermedad y uso de estrategias para afrontarla no pueden considerarse procesos sinónimos. La adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización, mientras que, lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y motivación de esfuerzos. Por otro lado, la adaptación desde una perspectiva psicológica se refiere a la capacidad de un sujeto para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social. Así pues, el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento será lo que se evaluará como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida diaria del sujeto como la capacidad funcional, interacción social, respuestas emocionales, etc.)

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y CANCER

Uno de los problemas al que se enfrentan los investigadores de la Calidad de Vida es el de las dificultades inherentes a su evaluación. Su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, otorgan a su evaluación diversos matices en función de la alternativa a ejecutar. A estos problemas se añade el que los instrumentos no siempre cumplen requisitos mínimos de construcción y generalización de resultados.

Teniendo en cuenta que las medidas usadas para evaluar la calidad de vida se han utilizado frecuentemente para: 1) evaluar la satisfacción y el bienestar subjetivo, 2) determinar los niveles de salud (estatus de salud) y, 3) evaluar la preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad, (Moreno y Ximenez, 1996).

En el ámbito de la oncología el término "calidad de vida" está adquiriendo cada vez más importancia debido a los cambios que se están produciendo en las posibilidades de tratamiento. Los avances científicos tecnológicos permiten que en muchos de los casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapias en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos.

El estudio científico de la calidad de vida del paciente con cáncer es importante porque permite:

- ◊ Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico
- ◊ Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos
- ◊ Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

- * Evaluar mejor las terapias paliativas
- * Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- * Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

El estudio científico de la Calidad de vida es uno de los temas que puede ser abordado desde un nuevo campo multidisciplinario de conocimientos denominado Psicooncología, en el que se analizan las relaciones entre diversas variables psicológicas y aspectos concretos del cáncer como, la náusea y el vómito (Font, 1994 y Blasco, 1992). Se puede definir de manera más exacta lo que se entiende por calidad de vida si se consideran de manera concreta y operacional diferentes aspectos que podemos denominar componentes, niveles o dimensiones de la calidad de vida. Es importante no perder de vista que en Oncología es ante todo avenguar y restablecer en la medida de lo posible, la calidad de vida que se ha visto afectada por la enfermedad.

Font (1994) considera que el abordaje empírico de la valoración de la calidad de vida puede empezar por conocer como afecta la enfermedad a diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Puede obtenerse así una medida de la reducción de la calidad de vida desde el punto de vista subjetivo. Así pues, la calidad de vida (subjetiva) en el paciente oncológico podría definirse como la valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de salud ha afectado a su vida cotidiana, en un período concreto de tiempo.

Según Aaronson, Meyerowitz, Bard y Cols. (1991) establecen que existen acuerdos generales al considerar a la calidad de vida como un constructo subjetivo y multidimensional, que no ha sido establecido por un modelo teórico pero que se ha iniciado el camino para hacerlo por medio de investigaciones longitudinales.

Dentro del campo de la Oncología, Aaronson, (1991) establece que la calidad de vida tiene varios propósitos entre los que destacan: (1) describir la naturaleza y extensión de los problemas funcionales y psicosociales por los que atraviesan los pacientes en los diferentes estadios de la enfermedad; (2) establecer normas para las complicaciones psicosociales entre grupos específicos de pacientes, (3) buscar para cada paciente las mejores intervenciones psicofarmacológicas y conductuales, (4) buscar la calidad de atención y (5) evaluar la eficacia de la atención médica e intervenciones psicosociales.

Los instrumentos que sirven para medir la Calidad de Vida deben ser validados. La validación de un método exige la concurrencia de requisitos de la metodología como reproducción, sensibilidad, especificidad y correlación.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Para Font (1994), un instrumento para la valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer debe medir la calidad de vida en relación con la salud; constatar la reducción de calidad de vida producida por la enfermedad, incluir diferentes aspectos o niveles (físico, psicológico, familiar y social), centrarse en los temas de la vida diaria, considera el aspecto subjetivo de la calidad de vida, ofrecer

diferentes posibilidades de valoración, satisfacer los requisitos metodológicos de: especificidad y claridad de los ítems, sensibilidad, discriminación longitudinal, ser repetible, autoadministrable, sencillo y presentar un grado aceptable de fiabilidad y validez.

La metodología utilizada es básicamente de dos tipos:

- a) La propia experiencia subjetiva del paciente
- b) La percepción que, desde fuera, determina la calidad de vida

Desgraciadamente, la valoración subjetiva (metodología de autovaloración) y la objetiva (metodología de observación y valoración externa) no arrojan siempre resultados coincidentes

Los métodos de evaluación de Calidad de Vida más acreditados en pacientes oncológicos tanto los métodos generales, que sirven para cualquier tipo de pacientes, como los específicos, que se utilizan dependiendo de la patología tumoral, como los que se presentan en el Cuadro 5

CUADRO 5

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN ONCOLOGÍA

Generales	Específicos
1 - CARES	1.- Cuest. Cáncer de mama
2 - EORTC- QLQ	2.- EORTC- mama
3 - Esc Ajuste global	3 - EORTC - pulmón
4 - FACT	4.- FLIC - mama
5 - Índice capacidad	5.- FSPE - cabeza - cuello
6 - Índice CDV de Spitzer	6.- LASA - específicos
7 - LASA genera'	
8 - Listado síntomas Rotterdam	
9 - Perfil de salud de Nottingham	
10 - Performance status (Karnofsky)	

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La medida de la Calidad de Vida es un parámetro útil no sólo en las enfermedades neoplásicas. En casi la totalidad de las patologías (hipertensión, nefropatías, enfermedades reumáticas, patologías coronarias, etc.). La valoración de la Calidad de Vida se ha mostrado como un instrumento clave para determinadas terapéuticas.

El tratamiento de los pacientes, cualquiera que sea su patología, persigue un objetivo ideal: la curación con el menor costo posible. Por lo que obtener lo máximo con lo mínimo sólo se consigue a través de un proceso de conocimiento

Como todos los tratamientos, cualquiera que sea su naturaleza (cirugía, radioterapia o quimioterapia) tienen efectos indeseables que se contraponen con los benéficos, ambos efectos deben ser medidos, como lo establecen Hann y Cols. (1998) al determinar que la información obtenida por estos instrumentos será usada para implementar intervenciones psicoterapéuticas.

La valoración de la Calidad de vida no solo tiene una finalidad descriptiva, impredecible para el conocimiento del paciente y su relación con la enfermedad y el tratamiento sino también con los aspectos psicológicos que preservan o deterioran la calidad de vida (Osoba, 1994).

En años recientes la literatura disponible con relación a las intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer en tratamiento antineoplásico. Las consecuencias han sido reportadas en la salud mental de los pacientes, principalmente en relación con los síntomas del estrés, desórdenes psiquiátricos, ansiedad, y depresión. Las intervenciones farmacológicas y psicológicas fueron subsecuentemente designadas para reducir, controlar y prevenir estos síntomas y mejorar con ello la Calidad de Vida.

En Oncología, las investigaciones en área psicofarmacológica han sido usadas para el control de la ansiedad y la depresión (Pfefferbaum y Cols., 1987); la prevención de náusea y vómito anticipados inducidos por la quimioterapia (Blasco, 1992; Blasco, 1994; Kearsley, Williams y Fiumara, 1989); y el control del dolor (Pastor y Cols. 1990 y Novy y Cols, 1998). Con lo que se ha demostrado que las intervenciones psicoterapéuticas ayudan a obtener una mejor calidad de vida al reducir los síntomas y para ayudar a controlar los efectos de la radiación y la quimioterapia. Font (1994) concluye que

a) La preservación de la calidad de vida se relaciona fundamentalmente con la no presencia o poca presencia de malestar psicosocial

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

b) Ante una misma situación objetiva de enfermedad, los pacientes que preservan mejor su calidad de vida se caracterizan por:

- * Utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación
- * Mantener expectativas elevadas de resultado autoreferencial
- * Mantener cierta sensación subjetiva de control sobre la enfermedad y sus efectos.

Por todo esto, el instrumento que se utilizó para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en esta investigación es el Cuestionario de Calidad de vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (E.O.R.T.C.) adaptado al servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia, para cáncer de mama

En un principio el cuestionario constaba de 51 ítems, pero tras el estudio preliminar del mismo (Barreto Pascual, Lluch, Martínez, Suárez, Ibañez y García-Conde, 1988.), se eliminaron 5 preguntas de escasa contribución al objetivo del cuestionario.

Tras su reformulación, Toledo, Barreto y Ferrero (1993), el cuestionario consta de 46 ítems, 9 dicotómicos y 7 escalas que ha de ser contestado por las mismas pacientes. De los ítems 10 al 44 se responden mediante una escala likert de 4 puntos (nada, un poco, bastante y mucho). El número 45 y 46 son escalas likert de 7 puntos que evalúan respectivamente el estado físico general y la calidad de vida global

Es un cuestionario Modular, cuyas áreas principales son: nivel funcional, síntomas, distrés psicológico, interacción socio-familiar, impacto económico, satisfacción con el cuidado médico, evaluación global del estado físico y evaluación global de la calidad de vida.

Los primeros 9 ítems evalúan el estado funcional de la paciente por lo que las respuestas están referidas la presente. Los ítems restantes son preguntas referidas a la semana pasada. Los pacientes requirieron una media de 15 minutos para completar el cuestionario.

El análisis factorial del cuestionario obteniendo 7 factores que explicaban un 47.77% de la varianza total, con una consistencia interna (alfa de Cronbach) media de 0.72.

El primer factor hace referencia al nivel funcional, tiene un valor propio de 9.364, explica el 10% de la varianza total y su consistencia interna es de 0.772

El segundo factor hace referencia a la ausencia de sintomatología depresiva, tiene un valor propio de 3.154, explica el 7.9% de la varianza total y su índice de consistencia interna es de 0.806

El tercer factor hace referencia a la satisfacción con el cuidado médico y a la adherencia al tratamiento. Su valor propio es de 2.883, explica el 6.5% de la varianza total y una consistencia interna de 0.754

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

El cuarto factor hace referencia a síntomas gastrointestinales de cierta sintomatología ansiosa. Tiene un valor propio de 2.456, que explica el 7.86% de la varianza total y su consistencia interna es de 0.62.

El quinto factor relativo a la enfermedad y el tratamiento con la vida socio-familiar de las pacientes tiene un valor propio de 2.112 y explica el 6.50% de la varianza total. No procedía su índice de consistencia interna pues solo dos ítems determinan significativamente este factor, pero cuyo contenido hace referencia a 0.79 y 0.78 respectivamente.

El sexto factor hace referencia a la vida sexual de los pacientes, concretamente al deseo sexual, a la frecuencia y a la satisfacción con las relaciones sexuales, con un valor propio de 2.004, explica el 8.05% de la varianza total y una consistencia interna de 0.65.

El séptimo factor que evalúa de manera global la percepción del estado físico y la calidad de vida.

En general podemos afirmar que el instrumento cumple con los requisitos psicométricos necesarios tanto por lo que se refiere a validez de constructo como a consistencia interna (Ver anexo).

CALIDAD DE VIDA Y CANCER DE MAMA

En años recientes, se ha incrementado el interés de los estudios en intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer, ya sea para aquellos que se encuentran en tratamiento o quienes ya finalizaron, que se han reportado consecuencias en la salud mental de los pacientes ya sea con síntomas relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión, o bien desordenes psiquiátricos que junto con los efectos colaterales de los tratamientos (cirugía, quimioterapia o radioterapia) afectan su calidad de vida (Mantovani, Astara, Llamps y Cols 1996)

Calman (1984) sugiere que la calidad de vida en los pacientes con cáncer cambia con el tiempo y se modifica con la edad y la experiencia. Los adultos mayores pueden ajustar sus percepciones de acuerdo a su salud, sin embargo las mujeres jóvenes tienen grandes expectativas en su estado físico y funcional. Por ello el modelo de Calman sugiere que uno de los métodos para determinar la calidad de vida debe contener información acerca de los beneficios, riesgos, alternativas y resultados de los tratamientos.

En base, al modelo de Calman; Aaronson y Cols (1991), establecen que la calidad de vida es resultado del ajuste de los pacientes a la enfermedad, los efectos de los tratamientos y la edad; ya que considera no es el mismo efecto la administración de la radioterapia a niños con leucemia linfocítica aguda, que el tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de mama avanzado o bien en aquellas mujeres con cirugía reconstructiva. Además de considerar también, otras dimensiones en la calidad de vida como son el control del dolor, la náusea y el vómito, el insomnio y el estrés psicológico.

Otros factores adicionales como el estadio, las opciones de tratamiento y el estado clínico influyen en calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama ya que representa una amenaza para la vida de la enferma y una desfiguración en su imagen corporal que a mujer tiene de sí misma, que tarde o temprano causarán horror, furia, resentimiento, depresión y aflicción. Algunas mujeres se resignan valerosamente y parece que se alegran de haberse librado del cáncer; dicen también haberse adaptado a tal pérdida, pero en su interior no es lo que realmente sucede (Cope, 1978)

A este respecto Doval y Cols. (1998) realizó un estudio para observar como se ve afectada la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama a quienes les fue practicada la Mastectomía parcial o total, que encuentran a 24 meses de seguimiento pos quirúrgico.

Los efectos del tipo de Mastectomía y el ajuste psicológico fueron evaluados en 124 supervivientes de cáncer de mama de las cuales 77 fueron sometidas a Mastectomía parcial y 77 a Mastectomía total; las entrevistas se realizaron de 3 a 8 meses después de la cirugía. Concluyendo que la Mastectomía parcial o total parece ser un tratamiento equivalente en términos de la calidad de vida a

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

largo plazo. Sin embargo, los niveles de estrés psicológico tanto a largo como a corto plazo después de la Mastectomía dependen de la edad de la paciente al momento del diagnóstico. Los hallazgos encontrados sugieren que la Mastectomía parcial puede causar menos efectos negativos en la calidad de vida en mujeres jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama.

Por su parte Calderón y Cols (1998) realizaron un estudio comparativo sobre los trastornos depresivos que pueden presentarse en mujeres han requerido cirugía radical de la mama (mastectomía) por un problema oncológico y un grupo de pacientes a las que se les atendió con un tratamiento conservador. Los resultados obtenidos señalan que los problemas afectivos y de pareja fueron mayores en el grupo de las mujeres a las que se les efectuó mastectomía radical que al de las mujeres que se les dejó su glándula mamaria. Por lo que es importante mencionar que dicho tratamiento mutilante afecta no sólo a las pacientes con cáncer de mama sino a sus parejas por lo que su vida sexual y de relación de pareja se ve afectado alterando su calidad de vida. Se ha ido incrementado el análisis de los factores psicosociales asociados al cáncer de mama, dando énfasis a la calidad de vida.

El uso de cirugías menos mutilantes ha incrementado una mejoría en la calidad de vida de estas pacientes ya que el conocimiento médico ha demostrado efectividad de una tumorectomía/cuadractomía más la radioterapia versus mastectomía en pacientes con estadio I o II en todas las edades; lo que ha permitido que las mujeres con cáncer de mama sean exitosamente tratadas con las diferentes opciones de tratamiento.

La cirugía conservadora para cáncer de mama según la literatura tiene menos efectos psicosociales y en la calidad de vida que los desarrollados con la mastectomía radical (Moyer, 1997).

Pozo y Cols. (1992) estudio 63 mujeres longitudinalmente con 10 días y 3, 6 y 12 meses postoperadas con tratamiento conservador reportando mejor ajuste sexual en 6 y 12 meses, no encontrando diferencias en la calidad de vida, satisfacción marital, satisfacción de vida, ajuste psicológico y soporte social.

Con relación a la quimioterapia su efectividad se ha traducido en un aumento en las expectativas de vida de los pacientes, llevando a algunos de los casos a remisión total de la enfermedad. Sin embargo, la dureza del tratamiento y su extensa duración produce en los enfermos un debilitamiento físico y psicológico, afectando su calidad de vida y poniendo en riesgo la adherencia al tratamiento. Entre los efectos colaterales asociados al uso de quimioterapia se encuentra la alopecia, fatiga, pérdida del apetito, problemas gastrointestinales, como náusea, vómito y trastornos emocionales que incluyen depresión y ansiedad

Para los pacientes que están siendo sometidos a quimioterapia, resulta extremadamente incoherente el hecho de que el tratamiento médico va dirigido a eliminar el cáncer y a mejorar su

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

salud, les haga sentir más enfermos de lo que estaban antes de recibirlo y esa es a razón de que muchos de ellos abandonen la quimioterapia que, por consiguiente, pone en riesgo sus vidas.

Estos síntomas constituyen una gran dificultad para relacionarse personalmente y cumplir con sus obligaciones laborales. En un estudio realizado por Psychosocial Collaborative Oncology Group, con pacientes de más de 30 protocolos de quimioterapia reportaron que la mayoría de sus problemas que interfieren con su vida diaria y funcional son: efectos secundarios (66%9), tiempo de espera en los hospitales (36%), interferencia con su trabajo o escuela (29%), problemas para transportarse (23%), interferencia con las responsabilidades familiares (16%) y la inseguridad de los beneficios (14%). Estos efectos colaterales del tratamiento de quimioterapia interfieren con el funcionamiento integral del paciente con cáncer de mama y por consecuencia su calidad de vida (Holland y Lesko, 1989). Meyerowitz y Cols. (1983) estudiaron a mujeres con cáncer de mama durante su tratamiento de quimioterapia y durante 2 años después de completarlo. Entre aquellas que estuvieron libres de enfermedad durante 2 años, 23% reportaron dificultad de relación personal y familiar durante el tratamiento, y 44% continuaron con problemas físicos, 2 años después.

La cuestión de la calidad de vida en pacientes en quienes el tratamiento de quimioterapia es paliativo, no curativo es diferente a cuando el tratamiento es curativo. Mujeres con cáncer de mama avanzado fueron estudiadas por Coates y Cols. (1987), encontrando una mejoría en la sobrevida y en calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento continuo de doxorubicina-ciclofosfamida o con ciclofosfamida, metrotexate, fluoracilo y prednisona

El uso de la radioterapia se ha incrementado parra el tratamiento adyuvante en el cáncer de mama en sus etapas tempranas, al igual que ha ido creciendo el interés por los efectos colaterales y su impacto en la calidad de vida. Uno de los efectos colaterales comúnmente reportados en el tratamiento del cáncer mamano se encuentra la fatiga, fenómeno caracterizado por cansancio, falta de energía, letargia, depresión, dificultades para concentrarse, somnolencia, falta de motivación y un decremento en el estado mental; náusea, vómito, anorexia, diarrea, problemas dermatológicos, que interfiere con la calidad de vida, incluyendo el funcionamiento físico, actividad y trabajo diario, funcionamiento cognitivo y social y estado de ánimo

Hann y Cols. (1998) establecieron que la fatiga es uno de los más comunes y disyuntivos efectos colaterales causados por la radioterapia, sin embrago no fueron significativamente diferentes en intensidad y duración que la fatiga expenmentada por mujeres saludables.

Por todo ello se ha incrementado el interés para implementar terapéuticas en el tratamiento del cancer con el fin de incrementar su calidad de vida Algunos pacientes sufren alteraciones psicológicas por largo tiempo después del diagnóstico de cáncer y muchos pueden alterar su calidad de vida en diferentes grados, por lo que el tratamiento de estas alteraciones psicológicas como otros

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

factores de la calidad de vida pueden favorecer o entorpecer la adherencia a los tratamientos. Además de que se presume los factores psicológicos juegan un papel importante en la iniciación y progresión del cáncer dependiendo principalmente de los estilos de afrontamiento, los estados afectivos, la personalidad, las conductas y los eventos de vida estresantes.

Un factor importante en la intervención psicológica es la identificación de las estrategias de afrontamiento tan pronto como sea posible después del diagnóstico ya que están significativamente relacionadas con la calidad de vida, por los efectos de la misma enfermedad y los tratamientos

El ánimo de los pacientes en las primeras semanas después del diagnóstico de cáncer fue manejado con los estilos de afrontamiento de reestructuración cognitiva o enfocada a aspectos positivos de la enfermedad, buscando información, expresando sus emociones y fantasías (Levenson y Bemis, 1991)

Por lo que los estilos de afrontamiento junto con otras variables como las características demográficas, los efectos de los tratamientos y el apoyo social y psicológico pueden afectar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, así como las creencias y valores que tengan con relación al cáncer (Wagner, Armstrong y Llaughlin, 1995).

Como lo estableció Font (1994) al determinar que la disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos y que los estilos de afrontamiento, expectativas de autoeficacia, resultados y locus de control contribuyen a explicar las diferencias en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

Por su parte Ferrero, Barreto y Toledo (1994) al realizar un estudio exploratorio relacionado al ajuste mental y la calidad de vida en 68 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama no metastásico encontraron que existe una fuerte asociación entre el ajuste mental al cáncer y la sintomatología física reportada. Las pacientes adultas mayores mostraron tener alto puntaje en la negación y bajos puntajes en la preocupación y ansiedad. El espíritu de lucha y la negación fue asociada a un mejor presente y futuro de la calidad de vida.

Con base a toda esta revisión de la literatura, el objetivo de la presente investigación es explicar como los estilos de afrontamiento como medida de autoeficacia se relaciona con la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama no metastásico.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuales son las estrategias de afrontamiento más utilizadas y como influyen en la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se encuentre en tratamiento?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir y evaluar las estrategias de afrontamiento y la calidad de Vida como medidas de autoeficacia, a través de la validación de los instrumentos en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se encuentren en tratamiento médico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Comprobar la validez y confiabilidad del Inventario Conductual de Cáncer (Cáncer Behavior Inventory) en población mexicana
- 2.- Comprobar la validez y confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama en población mexicana.
- 3.- Identificar las estrategias de afrontamiento más frecuentes en pacientes con cáncer de mama dependiendo de las etapas de tratamiento
- 4.- Determinar las diferencias en las estrategias de afrontamiento dependiendo del tipo de tratamiento inicial que reciben los pacientes con cáncer de mama
- 5.- Determinar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama dependiendo de las etapas del tratamiento
- 6.- Determinar como influyen los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama.
- 7.- Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de mama.
- 8.- Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de mama dependiendo del tratamiento inicial
- 9.- Obtener información por medio del Inventario Conductual de Cáncer y del Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama para implementar alternativas terapéuticas.

MUESTRA

Muestreo:

Muestreo no pro balístico, de tipo selectivo, estratificado, en donde (N) fue la población adulta que asistió al servicio de Oncología del Hospital Juárez de México y (n) fueron aquellos pacientes de sexo femenino, con diagnóstico de cáncer de mama, entre 25 y 80 años de edad, que asistieron al servicio de oncología para recibir cualquiera de los tratamientos.

- 1.-Quimioterapia
- 2.-Radioterapia
- 3.-Cirugía.

Sujetos:

Todas aquellas pacientes adultos de 25 a 80 años de edad, ambulatorios y hospitalizados que asistieron al servicio de Oncología del Hospital Juárez de México de Marzo de 1999 a Febrero del 2000 y que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de Inclusión:

- 1.- Pacientes Mayores de 25 años y menores de 80 años de edad.
- 2.- Pacientes de sexo femenino.
- 3.- Pacientes adultos que cumplieron con los criterios diagnósticos de cáncer de mama en sus estadios I, II y III.
- 4.- Pacientes adultos que se encontraban recibiendo cualquiera de los tratamientos.
- 5.- Pacientes adultos con ningún signo de afectación del SNC
- 6.- Pacientes adultos sin padecimientos psiquiátricos
- 7.- Pacientes adultos con instrucción mínima de saber leer y escribir.

Criterios de Exclusión:

- 1.- Pacientes menores de 25 años y mayores de 80 años de edad.
- 2.- Pacientes que no cumplieron con los criterios diagnósticos de cáncer de mama
- 3.- Pacientes que cumplieron con los criterios de cáncer de mama en estadio IV
- 4.- Pacientes que se encontraron fuera de tratamiento
- 5.- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico
- 6.- Pacientes con afectación del SNC
- 7.- Pacientes analfabetas (no sabían leer ni escribir)

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Criterios de Eliminación:

- 1.- Pacientes que no continuaron con el tratamiento inicial
- 2.- Pacientes que rechazaron participar en el estudio
- 3.- Pacientes que recibieron tratamiento inicial fuera del HJM
- 4.- Pacientes que se dieron de baja por ingreso a otra institución de salud

DISEÑO

Tipo de Investigación:

De acuerdo con lo establecido por Hernández, Fernández y Baptista (1991), Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (1993, y Pick y López (1995) es estudio es de tipo:

Prospectivo: La información se recopiló de acuerdo a los criterios de la investigación, después de la planeación de ésta.

Longitudinal: Se realizaron 3 evaluaciones de las variables involucradas. La primera en el momento de confirmar el diagnóstico de cáncer de mama; la segunda, en el período posquirúrgico, al concluir el primer ciclo de quimioterapia o bien la primera sesión de radioterapia, y la tercera 6 meses después de la segunda aplicación.

Descriptivo: Estudio que solo cuenta con una población (pacientes con cáncer de mama) la cuál se pretende describir en función de las variables: estilos de afrontamiento y calidad de vida.

Correlacional: El propósito de la investigación es medir el grado de relación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama

Diseño:

Diseño no experimental, longitudinal, y de tendencia: Se analizaron los cambios de estilos de afrontamiento y calidad de vida a través del tiempo, en 3 mediciones en pacientes con cáncer de mama.

UBICACION TEMPORAL Y ESPACIO FISICO

El estudio se llevó a cabo en la consulta externa y area de hospitalización del Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México durante los meses de Marzo de 1999 a Febrero del 2000

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Tipos de Tratamiento:

Quimioterapia	Cualitativa	Nominal
Radioterapia	Cualitativa	Nominal
Cirugía	Cualitativa	Nominal

VARIABLES DEPENDIENTES:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definición Conceptual:

Son aquellos recursos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo, (Lazarus y Folkman, 1986).

Desde la teoría de la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento de los pacientes con cáncer tienen que ver con el automonitoreo y la autorregulación del estado e impacto de la enfermedad, (Bandura, 1977).

Definición Operacional:

Las estrategias de afrontamiento serán evaluadas por el Inventario Conductual de Cáncer (Cáncer Behavior Inventory) que consta de 33 reactivos distribuidos en 7 subescalas: 1) Mantener la Actividad e Independencia, 2) Afrontamiento relacionado con los efectos secundarios y el tratamiento, 3) Aceptar el cáncer/Mantener una actitud positiva, 4) Buscar y entender la información médica, 5) Regulación afectiva 6) Buscar apoyo, y 7) Manejo del estrés en las citas médicas

Cada reactivo se contesta por medio de una escala de 9 rangos que va desde 1 (no tan seguro) 5 (moderadamente seguro) a 9 (totalmente seguro), con el fin de identificar cada conducta y la dificultad de desarrollar la conducta. Como se señala en los objetivos específicos, se realizó en primer lugar el trabajo psicométrico para la validación del inventario; por lo que en el apartado de instrumentos se describe dicho proceso

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA

Definición Conceptual:

La calidad de vida es un constructo multidimensional, con al menos cuatro dominios: 1) estatus funcional, 2) síntomas relacionados con la enfermedad y los relacionados con el tratamiento, 3) funcionamiento psicológico, y funcionamiento social, (Rodríguez, 1995).

Definición Operativa

La Calidad de Vida se evaluada por el Cuestionario de Calidad de Vida de la E.R.O.T.C. para Cáncer de Mama que consta de 46 reactivos con 7 subescalas: 1) Nivel funcional, 2) Ausencia de sintomatología depresiva, 3) Satisfacción con el cuidado médico, 4) Síntomas gastrointestinales y nerviosismo, 5) Relaciones socio-familiares, 6) Relaciones sexuales y 7) Evaluación global del estado físico y de la Calidad de vida. Tal como se señala previamente en los objetivos se llevó a cabo la validación del cuestionario. En el apartado de instrumentos se describe dicho proceso.

INSTRUMENTOS

Inventario Conductual de Cáncer (ICC)

El Inventario Conductual de Cáncer (Cáncer Behavior Inventory) fue desarrollado para medir la autoeficacia con relación a los recursos de afrontamiento de los pacientes con cáncer

El cuestionario original consta de 33 reactivos, cada ítem se responde con la escala likert del 1 al 9

En donde el 1, 2 y 3 corresponde a "no es nada cierto" ; 4, 5 y 6 "moderadamente cierto" y 7,8 y 9 "totalmente cierto"

Consta de 7 factores

F1: Mantener la actividad e independencia

Se refiere a mantener la actividad a pesar de la enfermedad y los tratamientos, incluyendo el contacto con otras personas.

5 reactivos: 1, 4, 8, 21 y 30

F2: Afrontamiento relacionado con el tratamiento y los efectos secundarios

Representa el miedo a los tratamientos: náusea, cambios físicos (como la pérdida del cabello) y limitaciones (como la pérdida de energía).

5 reactivos: 10, 13, 25, 31 y 32

F3: Aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva

Refleja la doble tarea de mantener la esperanza y el estado mental positivo para aceptar la realidad de la enfermedad

5 reactivos: 2, 15, 24, 28 y 33

F4: Buscar y entender la información médica

Representa la participación activa del personal de salud en la enfermedad

5 reactivos: 3, 5, 9, 19 y 29

F5: Regulación afectiva

Contiene una combinación de reactivos que reflejan por un lado la expresión de los sentimientos negativos que pueden provocar la catarsis y por el otro la negación, el escape y la ignorancia que puede crear estados psicológicos como depresión y enojo

5 reactivos: 11, 14, 18, 20 y 22

F6: Buscar soporte

En base a la autoeficacia se encuentra relacionado con el autocontrol y podría aparecer buscando apoyo de otras personas en su ambiente social

3 reactivos 7, 16 y 26

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

F7: Manejo del estrés en las citas médicas

Refleja el control del estrés que provoca el asistir a la consulta médica, esperar los resultados y aplicación de los tratamientos

5 reactivos: 6, 12, 17, 23 y 27.

Se llevó a cabo la traducción del instrumento ya que la versión original se encuentra en el idioma inglés, posteriormente se sometió a 10 jueces: 5 bilingües (3 español-inglés y 2 inglés-español) y 5 expertos en el área oncológica, quienes verificaron estilo, redacción, originalidad y estructuración del instrumento en español como lo establece Aiken (1996) para la validación de instrumentos. (ver anexo 3)

Una vez realizada la traducción se llevó a cabo la aplicación a 165 pacientes con diagnóstico de cáncer, que se encuentran en control 80 pertenecían a la clínica de mama, 30 a tumores mixtos, 25 a cabeza y cuello y 30 a ginecología oncológica (Ver cuadro 6).

**CUADRO 6
DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON CANCER
DEL INVENTARIO CONDUCTUAL DE CANCER**

TUMORES MAMARIOS		TUMORES MIXTOS		CABEZA Y CUELLO		GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
Ca Mama	80	Enf Hodking	1	Ca amígdala	2	Ca Cervico-Uterino	19
		Linfomas	3	Ca laringe	2	Ca Ovario	6
		Ca amígdala	1	Ca triodes	5	Ca Vulva	1
		Ca pene	1	Linfoma facial	1	Ca Endometrio	4
		Ca prostata	6	Ca lengua	1		
		Ca esófago	1	Glomus carotideo	1		
		Ca renal	2	Ca basocelular	3		
		Ca higado	1	Ca parotida	3		
		Ca laringe	1	Ca trigomolar	1		
		Shwanoma	1	Linfoma basal	1		
		Ca gástrico	2	Ca nasofaringe	1		
		Ca testículo	2	Ca labio	1		
		Ca vejiga	1	Ca maxilar	2		
		Ca páncreas	1	Ca encia	1		
		Ca pulmón	2				
		Ca canal anal	1				
		Ca colon	3				
TOTAL	80		30		25		30

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

CONFIABILIDAD

Posterior a la aplicación de los inventarios, los resultados se sometieron al análisis estadístico Alpha de Cronbach por medio del paquete estadístico SPSS versión 9.0, obteniendo una confiabilidad de 0.7058.

Sin embargo, si borramos consecutivamente los siguientes reactivos, obtendremos:

Eliminando	Alpha	Ganancia Acumulada
F2.31	0.7338	3.96
F5.11	0.7552	7.93
F7.27	0.7705	10.85
F2.32	0.7846	12.87
F1.30	0.7981	14.70
F7.23	0.8087	16.42,

A través de la fórmula: ganancia acumulada = $\left[\frac{\text{alfa final}}{\text{alfa inicial}} \right] - 1 \times 100$

Por lo que al eliminar 6 reactivos, se obtuvo una ganancia acumulada total de 16.42% y un alfa final de .8087, por lo cuál podría ser válida.

VALIDEZ

La validez aparente del inventario parece comprobarse ya que en primer lugar, las estrategias de afrontamientos se manifiestan como recursos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que utilizan las pacientes con cáncer de mama y que se desarrollan para manejar las demandas tanto de los tratamientos y sus efectos como de los aspectos emocionales y sociales que provoca la misma enfermedad. Y en segundo lugar, las pacientes aceptan contestar el inventario con plena convicción de estar respondiendo de acuerdo a sus emociones y conductas que se generan durante las fases del tratamiento.

La validez de contenido ha sido comprobada mediante una revisión profunda acerca de los de estilos y estrategias de afrontamiento y la manera de evaluarlos a través de los cuestionarios existentes, con el fin de incluir todos aquellos aspectos importantes que otros autores manifiestan

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La validez conceptual se comprueba, ya que de acuerdo a la definición de estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) como medidas de autoeficacia (Bandura, 1977) se ajustan a los reactivos que componen el Inventario Conductual de Cáncer.

La validez de constructo se llevó a cabo a través del análisis factorial ya que constituye una técnica estadística mediante la cuál se determinan los factores más importantes del instrumento, y se analiza la correlación entre ellos.

Primeramente se obtuvo el índice de KMO (0.594) y el test de Bartlett ($\chi^2 = 2041.637$), lo que indica que la relación entre cada uno de los coeficientes de correlación puede ser explicada a través de un análisis factorial.

En el análisis factorial se obtuvieron 10 factores que explican el 74.146% de la varianza total del inventario. Se incluyó en cada factor aquellos reactivos con saturación superior a 0.300. Sin embargo, escogimos los 6 factores más importantes del inventario de acuerdo a los criterios de interpretación y aquellos con más de 2 reactivos.

Factor 1

- Mantiene su independencia
- Ha aceptado los cambios físicos y limitaciones causadas por el tratamiento del cáncer
- Mantiene una actitud positiva
- Mantiene su sentido del humor
- Permanece relajado ante los tratamientos y no permite que el miedo lo desequilibre
- Permanece relajado durante los tratamientos de QT y RT

Factor 2

- Expresa al personal del hospital sus sentimientos de enojo y hostilidad
- Acepta la caída del cabello
- Mantiene la esperanza
- Mantiene la actividad laboral
- Acepta los cambios físicos de su cuerpo
- Acepta que tiene cáncer

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Factor 3

- Expresa sus sentimientos negativos hacia el cáncer
- Pregunta sus dudas al personal de salud
- Mantiene la rutina diaria
- Pregunta sus dudas a las enfermeras
- Pregunta sus dudas a los médicos

Factor 4

- Busca consuelo
- Busca información acerca del cáncer y sus tratamientos
- Controla sus sentimientos negativos hacia el cáncer
- Ha encontrado algún escape

Factor 5

- Comparte sus sentimientos
- Permanece ocupado con actividades

Factor 6

- Permanece relajado mientras espera por más de una hora su consulta
- Participa activamente en las decisiones con relación a los tratamientos
- Busca apoyo de personas o grupos fuera de su familia
- Ignora las cosas que no puede modificar

Por lo que dadas las características psicométricas mostradas en el estudio, el Inventario Conductual de Cáncer, constituye un instrumento útil para medir las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer

Questionario de Calidad de Vida para cáncer de mama (CCVCM)

El instrumento de evaluación utilizado es el Cuestionario de Calidad de Vida de la European for Research and Treatment of Cancer (E.O.R.T.C.), adaptado en el servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia, para cáncer de mama.

El cuestionario original consta de 46 reactivos, 9 dicotómicos (Sí, o No) y 37 escalares que ha de ser determinado por las propias pacientes. De los reactivos 10 al 44 se responden mediante la escala likert de 4 puntos (Nada, Un poco, Bastante y Mucho). El número 45 y 46 son escalas Likert de 7 puntos que evalúan respectivamente el estado físico general y calidad de vida global.

Es un cuestionario modular, cuyas áreas principales son: nivel funcional, síntomas, distress psicológico, interacción socio-familiar, impacto económico, satisfacción con el cuidado médico, evaluación global del estado físico y evaluación global de la calidad de vida.

Consta de 7 factores:

F1: Nivel funcional

Denota el grado de independencia y logro que presenta la paciente en la realización de las actividades cotidianas y de autocuidado.

15 reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19 y 30

F2: Ausencia de sintomatología depresiva

Reflejan que la paciente no presenta disforia ni anhedonia. Es, por tanto, un factor de bienestar psicológico. Cabe señalar que esta escala se codifica de manera inversa ya que poco corresponde a presencia de síntomas depresivos y mucho a ausencia de depresión.

9 reactivos: 14, 15, 16, 20, 22, 24, 26, 27 y 29

F3: Satisfacción con el cuidado médico y adherencia al tratamiento

Este factor generalmente no se incluye en las dimensiones de la calidad de vida. No obstante, puede influir notablemente en el bienestar físico y psicológico de las pacientes por lo que se incluye en el cuestionario.

5 reactivos: 40, 41, 42, 43 y 44

F4: Síntomas gastrointestinales y angustia

En este factor se entremezclan dos de las dimensiones fundamentales de la calidad de vida síntomas (náuseas y vómitos) y funcionamiento psicológico. Debido a que las dimensiones de calidad de vida existen interinfluencias entre ellas.

6 reactivos: 17, 18, 21, 23, 25 y 28

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

F5: Vida sociofamiliar

Relativo al impacto de la enfermedad y el tratamiento en la vida sociofamiliar de las pacientes.

4 reactivos: 31, 32, 33 y 34

F6: Vida sexual

Este factor hace referencia a la vida sexual de las pacientes, concretamente al deseo sexual, a la frecuencia y a la satisfacción con sus relaciones sexuales

5 reactivos: 35, 36, 37, 38 y 39

F7 Evaluación global del estado físico y calidad de vida

Son estimaciones generales y, por tanto, integraciones de las variables contenidas en el cuestionario, por lo que no son estrictamente hablando, dimensiones de la calidad de vida

2 reactivos: 45 y 46

Posteriormente se sometió a 5 jueces expertos en el área de oncología para verificar estilo, redacción, originalidad y estructuración del instrumento por el vocabulario utilizado, (ver anexo 4).

Se aplicó a 230 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en cualesquiera de los estadios de la enfermedad, que se encuentran en control con una media de 35.03 en meses y una edad media de 52.57 años.

CUADRO 7
DATOS ESTADÍSTICOS DEL CUESTIONARIO
DE CALIDAD DE VIDA PARA CÁNCER DE MAMA

	EDAD (años)	TIEMPO DE CONTROL (meses)
MEDIA	52.57	35.03
DESVIACION STANDAR	11.84	24.15
MÍNIMO	28	2
MAXIMO	90	120

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

CONFIABILIDAD

Una vez realizada la aplicación, se procede al análisis de resultados a través del paquete estadístico SPSS versión 9.0, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.555, sin embargo, si eliminamos consecutivamente los siguientes reactivos tendremos:

Eliminando	Alpha	Ganancia Acumulada
F7.46	0.6177	11.29
F7.45	0.6767	20.84
F1.30	0.7071	25.34
F4.21	0.7357	29.38
F2.29	0.7612	32.85
F2.24	0.7856	36.05
F6.37	0.8067	38.74

A través de la fórmula: ganancia acumulada = $\left[\frac{\text{alfa final}}{\text{alfa inicial}} \right] - 1 \times 100$

Por lo que al eliminar 7 reactivos, se obtuvo una ganancia acumulada total de 38.74 % y un alfa final de 0.8067, por lo cuál podría ser válida.

La escala del cuestionario original que contiene los dos reactivos globales del estado físico y la calidad de vida (reactivos 45 y 46) son considerados únicamente como estimaciones e integraciones por lo cual no se contemplan como dimensiones de la calidad de vida propiamente dichas

VALIDEZ

La validez aparente del inventario parece comprobarse ya que en primer lugar, el concepto de calidad de vida cumple con al menos cuatro dominios: 1) estatus funcional, 2) síntomas relacionados con la enfermedad y los relacionados con el tratamiento, 3) funcionamiento psicológico y 4) funcionamiento social. Y en segundo lugar, las pacientes aceptan contestar el inventario con plena convicción de estar respondiendo de acuerdo a sus emociones y conductas, así como situaciones sociales que genera la misma enfermedad y los tratamientos recibidos

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La validez de contenido ha sido comprobada mediante una revisión profunda acerca del constructo multidimensional de Calidad de Vida, así como la manera de evaluarla a través de los cuestionarios existentes, con el fin de incluir todos aquellos aspectos importantes de otros autores.

La validez conceptual se comprueba, ya que de acuerdo a la definición de calidad de vida como constructo multidimensional, debe contar con al menos cuatro aspectos: 1) estatus funcional, 2) síntomas relacionados con la enfermedad y los relacionados con el tratamiento, 3) funcionamiento psicológico y 4) funcionamiento social. (Rodríguez, 1995).

La validez de constructo se llevó a cabo a través del análisis factorial determinando los factores más importantes del instrumento, y se analiza la correlación entre ellos.

Primeramente se obtuvo el índice de KMO (0.614) y el test de Bartlett ($\chi^2 = 5696.796$), lo que indica que la relación entre cada uno de los coeficientes de correlación puede ser explicada a través de un análisis factorial.

En el análisis factorial se obtuvieron 13 factores que explican el 75.690% de la varianza total del cuestionario. Se incluyó en cada factor aquellos reactivos con saturación superior a 0.300. Sin embargo, escogimos los 7 factores más importantes del cuestionario de acuerdo a los criterios de interpretación y aquellos con más de 2 reactivos.

Factor 1

- Se sintió enferma
- Tuvo dolor
- Perdió el interés por su aspecto físico
- Se sintió intranquila o nerviosa
- Se sintió débil o sin fuerzas
- Se sintió tensa
- Se cansaba con facilidad
- Tuvo dificultad para respirar
- Sintió pánico o ganas de salir corriendo de repente
- Encuentra alguna dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas
- Afecto su enfermedad su vida familiar o social
- Necesito hacer reposo
- Perdió las ganas de comer
- Pudo disfrutar de un programa de televisión, radio o leer un libro

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

- Tuvo dificultad para encontrar ropa que le quedará bien
- Su estado actual le impide trabajar o hacer sus labores domésticas
- Afecto el tratamiento a su vida familiar o social
- Le interesan sus actividades como antes
- Tuvo problemas para dormir
- Estuvo preocupada por la caída del cabello

Factor 2

- Tiene algún problema para dar un paseo corto
- Tiene algún problema para dar un paseo largo
- Estoy satisfecha con los cuidados médicos que recibo
- Disminuyeron sus relaciones sexuales

Factor 3

- El trato que recibió del médico es el adecuado
- La información que recibió del médico es suficiente

Factor 4

- Tuvo náuseas
- Disminuyó su deseo sexual
- Es importante para su curación que cumpla con las instrucciones del médico

Factor 5

- Podría correr una distancia corta
- Podría hacer esfuerzos importantes en casa como mover muebles pesados

Factor 6

- Esta usted sentada o en cama la mayor parte del día
- Tuvo dificultad para concentrarse o se le olvidan las cosas

Factor 7

- La mejoría de su salud depende de la habilidad y conocimientos del médico
- Cambió su relación personal con su mando o pareja

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PROCEDIMIENTO

Primeramente se llevó a cabo la validación del Inventario Conductual de Cáncer y el Cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de mama, como se describió en el apartado de Instrumentos

Posteriormente se captaron a todos los pacientes que acudieron al servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, con una edad de 25 a 80 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama y que, además, cumplieron con los criterios de inclusión. Los investigadores revisaron el expediente clínico del hospital para obtener la información básica sobre el tratamiento a seguir una vez diagnosticado el cáncer de mama. Los pacientes fueron captados de acuerdo al tipo de tratamiento inicial que recibieron: los pacientes que recibieron QT fueron entrevistados en el área de Oncología Médica, los pacientes que recibieron RT fueron entrevistados en el área de Radioterapia, los pacientes que fueron sometidos a cirugía se entrevistaron en el área de hospitalización.

La aplicación de los instrumentos lo realizaron los residentes de Psicología de la Salud que se encontraban rotando por el servicio de Oncología de marzo de 1999 a febrero del 2000.

La recolección de los datos se realizó en un formato que contenía los siguientes datos: Ficha de identificación, No. de Expediente, fecha de confirmación del diagnóstico, tipo y estadio del cáncer y tipo de tratamiento inicial que recibió, (ver anexo 2).

El Inventario Conductual de Cáncer (ICC) se aplicó al momento de confirmarse el diagnóstico de cáncer de mama, en una segunda evaluación se aplicó nuevamente el Inventario Conductual de Cáncer (ICC) y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama (CCVCM) postquirúrgico o posterior al primer ciclo de quimioterapia o posterior a la primera sesión de radioterapia y una tercera evaluación en la que se aplicaron ambos instrumentos después de seis meses después de la segunda aplicación.

Una vez realizada la aplicación de los instrumentos, se procedió a la calificación de los mismos, así como la codificación de los datos para después ordenar, clasificar y agrupar los datos obtenidos; para posteriormente ser sometidos a un análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS versión 9.0, (Visauta, 1988) para determinar las frecuencias, el alpha de cronbach el análisis de frecuencias y los coeficientes de correlación

ETAPAS DE APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION

	Diagnóstico	Post Qx Post 1º QT Post 1º RT	6/12 después del 1er.Tx
Inventario Conductual de Cáncer	***** ETAPA A	***** ETAPA B	***** ETAPA C
Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama		***** ETAPA a	***** ETAPA b

TIPO DE RIESGO

La investigación fue de riesgo mínimo, ya que fue un estudio prospectivo que empleó el registro de datos a través del Inventario Conductual de Cáncer y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama, y cuyo registro de respuestas se recabó a través de las hojas de respuestas proporcionadas a las pacientes.

ETICA

Durante la investigación se informó a cada uno de los sujetos los objetivos, métodos, y beneficios anticipados del estudio, en donde el individuo tuvo la libertad para abstenerse de participar en la investigación a retirarse del mismo si así lo deseaba. El investigador obtuvo el consentimiento informado por escrito, (Ver anexo 1)

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra estuvo integrada por 47 pacientes del sexo femenino, con diagnóstico de cáncer de mama, de las cuáles 11 fueron eliminadas del estudio: 7 no continuaron con el tratamiento inicial, 1 rechaza participar en el estudio, 2 fueron tratadas fuera del Hospital Juárez de México, 1 se dio de baja por su ingreso al I.M.S.S.; por lo que la muestra total fue de 36 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y cuyas características sociodemográficas se muestran en el cuadro 8.

CUADRO 8
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

EDAD (años)		ESTADO CIVIL (frecuencias)		ESCOLARIDAD (frecuencias)		OCUPACION (frecuencias)		ESTADIO CLINICO (frecuencias)	
Máxima	77	Soltera	10	Leer y escribir	4	Laborando			
Mínima	28	Casada	14	Primaria	21	fuera de casa	15	IIA	14
Media	49.75	Separada	3	Secundaria	4			IIB	5
Desviación		Viuda	6	Bachillerato	3	Dedicada al	21	IIIA	4
Standar	12.64	Divorciada	2	Técnica	3	hogar		IIIB	13
		Unión Libre	1	Licenciatura	1				

Una vez realizada la aplicación de los instrumentos se procedió al análisis de resultados a través del análisis de frecuencias y de correlaciones por medio del paquete estadístico SPSS versión 9.0 para Windows (Visauta, 1988). en el cuál se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de las estrategias de afrontamiento y calidad de vida, además de las correlaciones más significativas a un nivel de significancia de .05 y .01: como lo establece Siegel (1990) y Dawson-Sanders y Trapp (1997), posteriormente se concentraron los datos en cuadros para simplificar la información, (Alatorre, 1994).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En el cuadro 9 se observan el análisis de frecuencia de las estrategias de afrontamiento, en las tres etapas de evaluación; encontrándose que en la etapa de diagnóstico el 69.4% (25 casos) mantienen en su totalidad sus actividades e independencia, la cuál disminuye a un 45% (16 casos) al recibir el tratamiento y a 41.7% (15 casos) después de 6 meses.

**CUADRO 9
FRECUENCIAS DE LAS
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

	Mantener la actividad e independencia	Afrontamiento relacionado con el tratamiento y sus efectos	Aceptación del cancer y mantener una actitud positiva	Buscar y entender la información	Regulación afectiva	Buscar soporte	Manejo del estrés en las citas medicas
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Etapa A	TC 25 casos 69.4%	TC 16 casos 44.4%	TC 30 casos 83%	TC 5 casos 13.9%	TC 7 casos 19.5%	TC 5 casos 14%	TC 26 casos 72.1%
	MC 10 casos 27.9%	MC 20 casos 55.5%	MC 6 casos 16.7%	MC 9 casos 25%	MC 22 casos 61.1%	MC 23 casos 63.9%	MC 7 casos 19.5%
Diagnóstico	NNC 1 caso 2.8%	NNC 0 casos	NNC 0 casos	NNC 22 casos 61.1%	NNC 7 casos 19.4%	NNC 8 casos 22.1%	NNC 3 casos 8.4%
Etapa B	TC 16 casos 44.5%	TC 19 casos 52.7%	TC 32 casos 89.0%	TC 4 casos 11.2%	TC 4 casos 11.1%	TC 6 casos 16.7%	TC 24 casos 66.7%
	MC 17 casos 47.3%	MC 16 casos 44.5%	MC 4 casos 11.1%	MC 10 casos 27.8%	MC 26 casos 72.2%	MC 24 casos 66.7%	MC 9 casos 25%
Tratamiento	NNC 3 casos 8.4%	NNC 1 caso 2.8%	NNC 0 casos	NNC 22 casos 61.1%	NNC 6 casos 16.7%	NNC 6 casos 16.7%	NNC 3 casos 8.4%
Etapa C	TC 15 casos 41.6%	TC 31 casos 86.1%	TC 34 casos 94.4%	TC 5 casos 13.9%	TC 3 casos 8.4%	TC 6 casos 16.6%	TC 27 casos 75.1%
	MC 20 casos 55.6%	MC 5 casos 13.9%	MC 2 casos 5.6%	MC 13 casos 36%	MC 23 casos 63.9%	MC 21 casos 58.3%	MC 6 casos 16.7%
6 meses	NNC 1 caso 2.8%	NNC 0 casos	NNC 0 casos	NNC 18 casos 50%	NNC 10 casos 27.7%	NNC 9 casos 25%	NNC 3 casos 8.4%

TC Totalmente cierto
MC Moderadamente cierto
NNC: No es nada cierto

Con relación al afrontamiento relacionado al tratamiento y sus efectos colaterales, al momento de recibir el diagnóstico solo el 44.4% (16 casos) afronta totalmente el tratamiento; hecho que se incrementa durante los tratamientos al 52.7% (19 casos) y aún más después de 6 meses en el 86.1% (31 casos)

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

El aceptar el diagnóstico y mantener una actitud positiva al momento del diagnóstico se presenta totalmente en el 83% (30 casos) de los casos, durante la aplicación del tratamiento en el 89% (32 casos) y se incrementa después de 6 meses en un 94.4% (34 casos).

El buscar y entender la información proporcionada al momento del diagnóstico se observa que el 61.1% no entiende la situación a la que se enfrenta; posteriormente al recibir la información sobre los tratamientos a seguir el 61.1% (22 casos) continúa sin entender la información y aún después de 6 meses solo un 13.9% (5 casos), entiende la información.

En cuanto a la regulación emocional cabe señalar que al momento del diagnóstico solo el 19.5% cuenta con una estabilidad afectiva; al iniciar los tratamientos se reporta que esta estabilidad se encuentra moderadamente en el 72.2% (26 casos) y a los seis meses continúa siendo moderada para el 63.9% de los casos y solo cuentan con una estabilidad emocional total en el 8.4%.

El buscar apoyo al recibir el diagnóstico de cáncer suele ser moderadamente cierto en el 63.9% de los casos, al ser sometidas a tratamiento la búsqueda de apoyo continúa siendo moderada en el 66.7% (24 casos), sin embargo, a los seis meses solo el 16.6% (6 casos), reconoce la necesidad de contar con un apoyo social.

En cuanto al manejo del estrés las citas médicas, al recibir el diagnóstico el 72.1% (26 casos) reporta controlarlo en su totalidad, al iniciar los tratamientos en el 66.7% de los casos y a los seis meses, un mayor número de casos reporta el control de estrés en el 75.1% (27 casos).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR TRATAMIENTO

En el cuadro 10 se observan las frecuencias de las estrategias de afrontamiento con relación al tratamiento inicial y cuyos resultados reportan que en el momento del diagnóstico, el 87.5% de las pacientes sometidas a quimioterapia conservan en su totalidad su independencia y realizan sus actividades; sin embargo al iniciar el tratamiento mantienen su actividad en el 68.8% de los casos y a los seis meses la actividad e independencia se recupera totalmente en el 56.1% (9 casos)

Sin embargo, durante el tratamiento quirúrgico solo el 25% conserva su independencia; y a los seis meses el 70% de las pacientes mastectomizadas recupera su actividad e independencia moderadamente

El afrontamiento del tratamiento y sus efectos al proporcionarse el diagnóstico se presenta totalmente en el tratamiento de quimioterapia en el 62.5%, y en la cirugía se reporta solo el 30%; al iniciarse el 1er. ciclo de quimioterapia existe un afrontamiento del tratamiento en su totalidad en el 62.5% y, a los seis meses se observa que en el tratamiento quirúrgico es del 85% y en el tratamiento

CUADRO 10
FRECUENCIAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
POR TRATAMIENTO

	Mantener la actividad e independencia	Afrontamiento relacionado con el tratamiento y sus efectos	Aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva	Buscar y entender la información	Regulación afectiva	Buscar soporte	Manejo del estrés en las citas médicas	
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	
Cirugía 20 casos	Etapa A TC 11 casos 55% MC 9 casos 45% NNC 0 casos	Etapa A TC 6 casos 30% MC 14 casos 70% NNC 0 casos	Etapa A TC 14 casos 70% MC 6 casos 30% NNC 0 casos	Etapa A TC 4 casos 20% MC 5 casos 25% NNC 11 casos 55%	Etapa A TC 3 casos 15% MC 12 casos 60% NNC 5 casos 25%	Etapa A TC 2 casos 10% MC 14 casos 70% NNC 4 casos 20%	Etapa A TC 13 casos 75% MC 5 casos 25% NNC 2 casos 10%	
	Etapa B TC 5 casos 25% MC 12 casos 60% NNC 3 casos 15%	Etapa B TC 9 casos 45% MC 10 casos 50% NNC 1 caso 5%	Etapa B TC 17 casos 85% MC 3 casos 15% NNC 0 casos	Etapa B TC 2 casos 10% MC 6 casos 30% NNC 12 casos 60%	Etapa B TC 3 casos 15% MC 14 casos 70% NNC 3 casos 15%	Etapa B TC 3 casos 15% MC 14 casos 70% NNC 3 casos 15%	Etapa B TC 12 casos 60% MC 6 casos 30% NNC 2 casos 10%	
	Etapa C TC 6 casos 30% MC 14 casos 70% NNC 0 casos	Etapa C TC 17 casos 85% MC 3 casos 15% NNC 0 casos	Etapa C TC 18 casos 90% MC 2 casos 10% NNC 0 casos	Etapa C TC 3 casos 15% MC 8 casos 40% NNC 9 casos 45%	Etapa C TC 1 caso 5% MC 12 casos 60% NNC 7 casos 35%	Etapa C TC 2 casos 10% MC 14 casos 70% NNC 4 casos 20%	Etapa C TC 14 casos 70% MC 5 casos 25% NNC 1 caso 5%	
	Quimioterapia 16 casos	Etapa A TC 14 casos 87.5% MC 1 caso 6.3% NNC 1 caso 6.3%	Etapa A TC 10 casos 62.5% MC 6 casos 37.5% NNC 0 casos	Etapa A TC 16 casos 100% MC 0 casos 62.5% NNC 0 casos	Etapa A TC 1 caso 6.2% MC 4 casos 25.0% NNC 11 casos 68.8%	Etapa A TC 4 casos 25.0% MC 10 casos 62.5% NNC 2 casos 12.5%	Etapa A TC 3 casos 18.8% MC 9 casos 56.2% NNC 4 casos 25.0%	Etapa A TC 13 casos 81.3% MC 2 casos 12.4% NNC 1 caso 6.3%
		Etapa B TC 11 casos 68.8% MC 5 casos 31.3% NNC 0 casos	Etapa B TC 10 casos 62.5% MC 6 casos 37.5% NNC 0 casos	Etapa B TC 15 casos 93.8% MC 1 caso 6.2% NNC 0 casos	Etapa B TC 2 casos 12.6% MC 4 casos 25.0% NNC 10 casos 62.5%	Etapa B TC 1 caso 6.2% MC 12 casos 75.0% NNC 3 casos 18.8%	Etapa B TC 3 casos 18.8% MC 10 casos 62.5% NNC 3 casos 18.7%	Etapa B TC 12 casos 36.0% MC 3 casos 18.8% NNC 1 caso 6.2%
		Etapa C TC 8 casos 56.1% MC 6 casos 37.6% NNC 1 caso 6.3%	Etapa C TC 14 casos 87.5% MC 2 casos 12.5% NNC 0 casos	Etapa C TC 16 casos 100% MC 0 casos 62.5% NNC 0 casos	Etapa C TC 2 casos 12.5% MC 5 casos 31.3% NNC 9 casos 56.2%	Etapa C TC 2 casos 12.6% MC 11 casos 68.6% NNC 3 casos 18.8%	Etapa C TC 4 casos 25.0% MC 7 casos 43.7% NNC 5 casos 31.3%	Etapa C TC 13 casos 81.2% MC 1 caso 6.3% NNC 2 casos 12.5%

TC Totalmente cierto

MC Moderadamente cierto

NNC No es nada cierto

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

de quimioterapia es 87.5%, por lo que se presenta con mayor frecuencia el afrontamiento en el tratamiento de quimioterapia en las tres etapas.

La aceptación del diagnóstico de cáncer y mantener una actitud positiva se observa en el 100% de las pacientes en tratamiento de quimioterapia y el 70% las sometidas a cirugía al recibir el diagnóstico, al llevarse a cabo el tratamiento el 93.8% de los casos que recibieron quimioterapia y el 85% que se sometieron a cirugía mantienen una actitud positiva y a los seis meses la actitud positiva y la aceptación del cáncer se manifiesta en el 100% de las pacientes que recibieron quimioterapia y el 90% de las pacientes mastectomizadas

La información que proporciona el personal de salud al recibir el diagnóstico es entendida en el tratamiento quirúrgico solo en el 20% de las pacientes, al igual que en el tratamiento de quimioterapia, en donde el 68.8% reporta que no entienden la información; aún después de iniciado el tratamiento el entender la información continua siendo deficiente, ya que se observa que la cirugía solo el 10% la entiende en su totalidad y en el tratamiento de quimioterapia el 12.6% y después de 6 meses la búsqueda y entendimiento de la información es llevada a cabo totalmente solo en 12.5% de las pacientes que fueron sometidas al tratamiento de quimioterapia y 15% de las pacientes a quienes les fue practicada la cirugía.

En cuanto a la regulación afectiva cabe señalar que en la etapa de diagnóstico en ambos tratamientos es moderada tanto para la cirugía como para la quimioterapia en el 60% y 62.5% respectivamente; en la etapa de tratamiento solo el 6.2% reporta una estabilidad emocional en la quimioterapia y un 5% en la cirugía, y a los seis meses el 25% reporta una inestabilidad afectiva en aquellas pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico y 18.8% del tratamiento de quimioterapia

El hacer uso de las habilidades sociales, con la búsqueda de soporte en el momento de recibir el diagnóstico es utilizada en solo el 10% para las pacientes quirúrgicas y el 18.8% de las pacientes del tratamiento de quimioterapia. al iniciar el tratamiento quirúrgico el 70% busca el apoyo social de manera moderada y el 62.5% al iniciar el primer ciclo de quimioterapia; y a los seis meses solo el 10% en el caso de las pacientes quirúrgicas y el 25% de las pacientes que recibieron quimioterapia buscan soporte.

Finalmente con relación al manejo del estrés se observa que en la etapa de diagnóstico el 75% de las pacientes programadas para cirugía y el 81.3% controlan el estrés en su totalidad en las citas médicas; durante la cirugía el 60% de los casos maneja adecuadamente su estrés a diferencia del tratamiento de quimioterapia en donde solo el 36% controla el estrés generado en las citas médicas, y a los seis meses existe un mayor control del estrés tanto en las pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico 70% como aquellas que recibieron quimioterapia 81.2%

CALIDAD DE VIDA

En el Cuadro 11 se reportan las frecuencias de calidad de vida en las etapas de tratamiento y después de 6 meses; en la cuál se observa que el nivel funcional si se deteriora en el 63.9% de los casos durante la aplicación de los tratamientos y después de 6 meses solo continua siendo alterada la funcionalidad en el 36.1% de los casos.

La presencia de síntomas depresivos es poco frecuente, tanto durante la aplicación de los tratamientos (80.6%) como después de 6 meses (80.6%), al igual que los síntomas gastrointestinales y de angustia ya que durante la aplicación de los tratamientos se reporta con poca frecuencia en el 83.3% y aún después de 6 meses en el 86.1%.

Existe una buena satisfacción con el cuidado médico y adherencia a los tratamientos durante la aplicación de éstos en el 75% y se incrementa al 80.6% después de 6 meses

El impacto de la enfermedad en la vida sociofamiliar se presenta con bastante frecuencia tanto en los tratamientos (52.8%), como a los seis meses (52.8%); sin embargo, el deseo y la satisfacción sexual se presenta con poca frecuencia al realizarse los tratamientos (83.3%) y después de seis meses en el 80.6%.

**CUADRO 11
FRECUENCIAS DE LA CALIDAD DE VIDA**

	Nivel Funcional	Ausencia de sintomatología depresiva	Satisfacción con el cuidado médico y adherencia al tratamiento	Síntomas gastrointestinales y angustia	Vida sociofamiliar	Vida sexual	Evaluación global del estado físico y calidad de vida
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Etapa a Tratamiento	NO 13 casos 36.1%	Nada 1 caso 2.8%	Nada 0 casos	Nada 2 casos 5.6%	Nada 5 casos 13.9%	Nada 3 casos 8.3%	Muy malo 1 0 casos 2 0 casos
		Poco 29 casos 80.6%	Poco 2 casos 5.6%	Poco 30 casos 83.3%	Poco 11 casos 30.6%	Poco 30 casos 83.3%	3 2 casos 5.6% 4 1 caso 2.8%
	SI 23 casos 63.9%	Bastante 6 casos 16.7%	Bastante 7 casos 19.4%	Bastante 4 casos 11.1%	Bastante 19 cas 52.8%	Bastante 3 cas 8.3%	5 13 casos 36.1% 6 10 casos 27.8% 7 10 casos 27.8% Excelente
		Mucho 0 caso	Mucho 27 casos 75%	Mucho 0 casos	Mucho 1 casos 2.8%	Mucho 0 casos	
Etapa b 6 meses	NO 23 casos 63.9%	Nada 2 casos 5.6%	Nada 0 caso	Nada 4 caso 11.1%	Nada 3 caso 8.3%	Nada 3 caso 8.3%	Muy malo 1 0 caso 2 0 caso
		Poco 29 casos 80.6%	Poco 2 casos 5.6%	Poco 31 caso 86.1%	Poco 13 casos 36.1%	Poco 29 casos 80.6%	3 1 caso 2.8% 4 0 caso
	SI 13 casos 36.1%	Bastante 5 casos 13.9%	Bastante 5 casos 13.9%	Bastante 1 caso 2.8%	Bastante 19 cas 52.8%	Bastante 4 cas 11.1%	5 8 casos 22.2% 6 19 casos 52.8% 7 8 casos 22.2% Excelente
		Mucho 0 caso	Mucho 29 caso 80.6%	Mucho 0 caso	Mucho 1 caso 2.8%	Mucho 0 caso	

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Con relación a la evaluación global del estado físico y calidad de vida durante la aplicación de los tratamientos, se reporta en un rango de 1 (muy malo) a 7 (excelente), una calidad de vida de 5 en el 36.1% y después de 6 meses 52.8% reporta una calidad de vida de 6.

CALIDAD DE VIDA POR TRATAMIENTO

En el Cuadro 12 se observan las frecuencias de la calidad de vida de acuerdo al tratamiento inicial, reportándose que en la cirugía disminuye el nivel funcional en el 60% y en la quimioterapia el 68.7% y a los 6 meses en la cirugía continua disminuyendo su funcionalidad en el 20%. sin embargo, en la quimioterapia se presenta en el 56.2%

Los síntomas depresivos se presentan con poca frecuencia tanto en la cirugía (85%) como en el tratamiento de quimioterapia (75%) durante los tratamientos como después de 6 meses 85% y 75% respectivamente.

Las pacientes sometidas a cirugía se encuentran satisfechas con el cuidado médico y con buena adherencia terapéutica en el 85% y después de 6 meses en un 80%; y las que recibieron quimioterapia en un 68.7% y después de 6 meses en un 81.2%.

En cuanto a los síntomas gastrointestinales y de angustia del tratamiento quirúrgico se reportan con poca frecuencia en el 80% de los casos y después de los 6 meses post tratamiento en el 85%; y al tratamiento de quimioterapia se presenta poco en el 87.5% durante su aplicación y después de 6 meses.

El impacto de la enfermedad y los tratamientos en la vida sociofamiliar se observa con bastante frecuencia al realizarse la cirugía en el 45% y aún después de 6 meses, y en el tratamiento de quimioterapia se observa bastante impacto tanto durante la aplicación del tratamiento como después de 6 meses en el 62.5% de los casos.

El deseo y satisfacción sexual disminuye poco tanto durante la cirugía (85%) como después de 6 meses (80%) y la aplicación de la quimioterapia que también disminuye poco la vida sexual de las pacientes durante y post tratamiento (81.2%)

La evaluación global del estado físico y calidad de vida durante la cirugía, se reporta en un rango de 1 (muy malo) a 7 (excelente), una calidad de vida de 5 en el 36.1% y después de 6 meses el 40% reporta una calidad de vida de 7; y en el tratamiento de quimioterapia se reporta una calidad de vida de 5 en el 50% durante la aplicación y después de 6 meses el 56.4% reporta una calidad de vida de 6.

CUADRO 12
FRECUENCIAS DE LA CALIDAD DE VIDA
POR TRATAMIENTO

	Nivel Funcional	Ausencia de sintomatología depresiva	Satisfacción con el cuidado médico y adherencia a tratamiento	Síntomas gástricos intestinales y angustia	Vida sociofamiliar	Vida sexual	Evaluación global del estado físico y calidad de vida
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Crujeo 20 casos	Etapa a NO 8 casos 40.0% SI 12 casos 60.0%	Etapa a Nada 1 caso 5.0% Poco 17 casos 85.0% Bastante 2 cas 10.0% Mucho 0 casos	Etapa a Nada 0 caso Poco 2 casos 10.0% Bastante 2 cas 10.0% Mucho 16 casos 85%	Etapa a Nada 2 casos 10.0% Poco 16 casos 80.0% Bastante 2 cas 10.0% Mucho 0 casos	Etapa a Nada 3 caso 15% Poco 8 caso 40.0% Bastante 9 cas 45.0% Mucho 0 casos	Etapa a Nada 2 casos 10.0% Poco 17 casos 85.0% Bastante 1 caso 5.0% Mucho 0 casos	Etapa a Muy malo 1 0 casos 2 0 caso 3 2 casos 5.6% 4 1 caso 2.8% 5 13 casos 36.1% 6 10 casos 27.8% 7 10 casos 27.8% Excelente
	Etapa b NO 16 casos 80.0% SI 4 casos 20.0%	Etapa b Nada 2 casos 10.0% Poco 17 casos 85.0% Bastante 1 caso 5.0% Mucho 0 casos	Etapa b Nada 0 casos Poco 2 casos 10.0% Bastante 2 cas 10.0% Mucho 16 casos 80.0%	Etapa b Nada 2 casos 10.0% Poco 17 casos 85.0% Bastante 1 caso 5.0% Mucho 0 casos	Etapa b Nada 1 caso 5.0% Poco 10 casos 50.0% Bastante 9 cas 45.0% Mucho 0 casos	Etapa b Nada 2 casos 10.0% Poco 16 casos 80.0% Bastante 2 cas 10.0% Mucho 0 casos	Etapa b Muy malo 1 0 casos 2 0 casos 3 0 casos 4 1 caso 5.0% 5 5 casos 25.0% 6 6 casos 30.0% 7 8 casos 40.0% Excelente
Crujeo 16 casos	Etapa a NO 5 casos 31.3% SI 11 casos 68.7%	Etapa a Nada 0 casos Poco 12 casos 75.0% Bastante 4 cas 25.0% Mucho 0 casos	Etapa a Nada 0 casos Poco 0 casos Bastante 5 cas 31.3% Mucho 11 casos 68.7%	Etapa a Nada 0 casos Poco 14 casos 87.5% Bastante 2 cas 12.5% Mucho 0 casos	Etapa a Nada 2 casos 12.5% Poco 3 casos 18.8% Bastante 10 cas 62.5% Mucho 1 caso 6.2%	Etapa a Nada 1 caso 6.3% Poco 13 casos 81.2% Bastante 2 cas 12.5% Mucho 0 casos	Etapa a Muy malo 1 0 casos 2 0 casos 3 2 casos 12.5% 4 0 caso 5 8 casos 50.0% 6 4 casos 25.0% 7 2 casos 12.5% Excelente
	Etapa b NO 7 casos 43.8% SI 9 casos 56.2%	Etapa b Nada 0 casos Poco 12 caso 75.0% Bastante 4 cas 25.0% Mucho 0 caso	Etapa b Nada 0 casos Poco 0 caso Bastante 3 cas 18.8% Mucho 13 casos 81.2%	Etapa b Nada 2 casos 12.5% Poco 14 casos 87.5% Bastante 0 cas Bastante 10 cas 62.5% Mucho 0 caso Mucho 1 cas 6.2%	Etapa b Nada 2 caso 12.5% Poco 3 caso 18.8% Bastante 10 cas 62.5% Mucho 1 cas 6.2%	Etapa b Nada 1 caso 6.3% Poco 13 casos 81.2% Bastante 2 cas 12.5% Mucho 0 caso	Etapa b Muy malo 1 0 casos 2 0 casos 3 0 casos 4 0 casos 5 5 casos 31.1% 6 9 casos 56.2% 7 2 casos 12.5% Excelente

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

En el cuadro 13 se reporta la correlación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida más significativas y de acuerdo con la etapa de tratamiento, ya sea al momento del diagnóstico, durante la aplicación del tratamiento inicial y después de 6 meses; en la cuál se observa que el mantener la actividad e independencia presenta una correlación en la evaluación global de la calidad de vida ($r= 0.330$; $\alpha= 0.049$); así mismo el manejo del estrés en las citas médicas al momento del diagnóstico disminuye el impacto de la enfermedad en la vida sociofamiliar durante la aplicación de los tratamientos ($r= -0.364$, $\alpha= 0.029$), de igual manera que el manejo del estrés generado durante los tratamientos disminuye la presencia de síntomas

**CUADRO 13
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA**

FACTORES		COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
(EA) F1A	F7b (CV)	0.330	0.049
(EA) F7A	F5b (CV)	-0.364	0.029
(EA) F2B	F6a (CV)	0.465	0.004
(EA) F7B	F4a (CV)	-0.345	0.039
(EA) F3C	F5b (CV)	-0.475	0.003
(EA) F7C	F2b (CV)	-0.431	0.009
(EA) F7C	F6b (CV)	-0.384	0.021
(CV) F1a	F4C (EA)	-0.367	0.028
(CV) F1a	F6C (EA)	-0.336	0.045
(CV) F5a	F3C (EA)	-0.381	0.022

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (EA)

- F1: Mantener actividad e independencia
- F2: Afrontamiento relacionado con el tratamiento con efectos secundarios
- F3: Aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva
- F4: Buscar y entender la información
- F5: Regulación afectiva
- F6: Buscar soporte
- F7: Manejo del estrés en las citas médicas

CALIDAD DE VIDA (CV)

- F1: Nivel funcional
- F2: Ausencia de sintomatología depresiva
- F3: Satisfacción con el cuidado médico y adherencia al tratamiento
- F4: Síntomas gastrointestinales y angustia
- F5: Vida sociofamiliar
- F6: Vida sexual
- F7: Evaluación global del estado físico y calidad de vida

ETAPAS:

- A: Durante el diagnóstico
- B: Durante el tratamiento
- C: Después de 6 meses

ETAPAS:

- a: Durante el tratamiento
- b: Después de 6 meses

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

gastrointestinales y de angustia ($r = -0.345$, $\alpha = 0.039$) y aún después de 6 meses el estrés generado en las citas médicas disminuye la presencia de síntomas depresivos ($r = -0.431$, $\alpha = 0.009$), así como el deseo y satisfacción sexual ($r = -0.384$ y $\alpha = 0.021$).

El afrontamiento relacionado con el tratamiento y sus efectos durante la aplicación de los mismos se correlaciona con la vida sexual de las pacientes ($r = 0.465$, $\alpha = 0.004$).

La aceptación del cáncer y mantener la actitud positiva después de 6 meses disminuye el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la vida sociofamiliar después de 6 meses ($r = -0.475$, $\alpha = 0.003$).

El nivel funcional durante los tratamientos disminuye tanto el entendimiento de la información ($r = -0.367$, $\alpha = 0.028$), como la búsqueda de soporte después de 6 meses ($r = -0.336$, $\alpha = 0.045$).

Así mismo el impacto de la enfermedad en la vida sociofamiliar durante los tratamientos disminuye la aceptación del diagnóstico de cáncer y el mantener una actitud positiva después de 6 meses del primer tratamiento ($r = -0.381$, $\alpha = 0.022$).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA POR TRATAMIENTO

En el Cuadro 14 se observan las correlaciones más significativas de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de acuerdo al tratamiento inicial y etapa de tratamiento (al momento del diagnóstico, durante la aplicación de los tratamientos y después de 6 meses) a que fueron sometidas las pacientes con cáncer de mama, observándose que las correlaciones que se establecen en el tratamiento quirúrgico indican que la regulación afectiva ante el diagnóstico aumenta la presencia de síntomas depresivos a los 6 meses ($r = -0.460$, $\alpha = 0.041$), la búsqueda de soporte durante el diagnóstico disminuye el grado de independencia y autocuidado a los 6 meses ($r = -0.498$, $\alpha = 0.025$), el manejo del estrés generado en las citas médicas durante la etapa de diagnóstico disminuye el impacto de la enfermedad en la vida sociofamiliar ($r = -0.566$, $\alpha = 0.009$).

En la etapa de tratamiento se observa que el mantener la actividad e independencia disminuye el deterioro en el autocuidado y funcionalidad ($r = -0.524$, $\alpha = 0.018$), el afrontamiento de la cirugía y sus efectos secundarios se relaciona con la vida sexual de las pacientes ($r = 0.529$, $\alpha = 0.016$), así mismo el entender la información sobre el procedimiento quirúrgico también se relaciona con la vida sexual ($r = 0.608$, $\alpha = 0.004$); la regulación afectiva en la cirugía se relaciona con la evaluación global de la calidad de vida ($r = 0.652$, $\alpha = 0.002$).

Después de 6 meses la aceptación del diagnóstico de cáncer y mantener una actitud positiva disminuye el impacto de la enfermedad en la vida sociofamiliar ($r = -0.491$, $\alpha = 0.028$).

CUADRO 14

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
POR TRATAMIENTO**

TRATAMIENTO	FACTORES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
CIRUGIA	(EA) F5A F2b (CV)	-0.460	0.041
	(EA) F6A F1b (CV)	-0.498	0.025
	(EA) F7A F5b (CV)	-0.566	0.009
	(EA) F1B F1a (CV)	-0.524	0.018
	(EA) F2B F6a (CV)	0.529	0.016
	(EA) F4B F6a (CV)	0.608	0.004
	(EA) F5B F7a (CV)	0.652	0.002
	(EA) F3C F5b (CV)	-0.491	0.028
	(CV) F1a F4C (EA)	-0.488	0.029
	(CV) F3a F6C (EA)	-0.499	0.025
	(CV) F5a F4C (EA)	-0.478	0.033
	(CV) F5a F3C (EA)	-0.473	0.035
QUIMIOTERAPIA	(EA) F1A F7b (CV)	0.505	0.046
	(EA) F4A F1a (CV)	-0.615	0.011
	(EA) F2C F2b (CV)	-0.506	0.045
	(EA) F3C F2b (CV)	0.507	0.045
	(EA) F7C F2b (CV)	-0.512	0.043

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (EA)

- F1 Mantener actividad e independencia
- F2 Afrontamiento relacionado con el tratamiento con efectos secundarios
- F3 Aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva
- F4 Buscar y entender la información
- F5 Regulación afectiva
- F6 Buscar soporte
- F7 Manejo del estrés en las citas médicas

CALIDAD DE VIDA (CV)

- F1 Nivel funcional
- F2 Ausencia de sintomatología depresiva
- F3 Satisfacción con el cuidado médico y adherencia al tratamiento
- F4 Síntomas gastrointestinales y angustia
- F5 Vida sociofamiliar
- F6 Vida sexual
- F7 Evaluación global del estado físico y calidad de vida

ETAPAS:

- A Durante el diagnóstico
- B Durante el tratamiento
- C Después de 6 meses

ETAPAS:

- a Durante el tratamiento
- b Después de 6 meses

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

El nivel funcional y el autocuidado durante la cirugía disminuyen el entendimiento de la información a los 6 meses ($r = -0.488$, $\alpha = 0.029$), la satisfacción con el cuidado médico y la adherencia al tratamiento quirúrgico disminuye la búsqueda de soporte ($r = -0.499$, $\alpha = 0.025$); el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la vida sociofamiliar disminuye el entendimiento de la información ($r = -0.478$, $\alpha = 0.033$), y la aceptación del diagnóstico de cáncer y mantener una actitud positiva a los 6 meses ($r = -0.473$, $\alpha = 0.035$)

En el tratamiento de quimioterapia se observa que durante la etapa de diagnóstico, el mantener la actividad e independencia se relaciona con la evaluación global de la calidad de vida a los 6 meses ($r = 0.505$, $\alpha = 0.046$), así como el entender la información durante el diagnóstico disminuye el deterioro del nivel funcional y de autocuidado al iniciarse el tratamiento de quimioterapia ($r = -0.615$, $\alpha = 0.011$).

Después de 6 meses el afrontamiento relacionado con el tratamiento de quimioterapia y sus efectos aumenta la presencia de síntomas depresivos ($r = -0.506$, $\alpha = 0.045$), la aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva disminuye los síntomas depresivos ($r = 0.507$, $\alpha = 0.045$) y el manejo del estrés en las citas médicas de quimioterapia después de 6 meses aumenta los síntomas depresivos ($r = -0.512$, $\alpha = 0.043$)

RESUMEN DE RESULTADOS

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama determina como las pacientes hacen frente al diagnóstico, al tratamiento y al periodo de vigilancia, después de 6 meses; de acuerdo, al análisis de resultados se establece que la estrategia más utilizada en la etapa de diagnóstico es la aceptación del cáncer y mantener una actitud positiva, ya que al confirmar la noticia del diagnóstico se generan ideas relacionadas a la muerte, el sufrimiento y el dolor; la segunda estrategia más frecuente es el manejo del estrés en las citas médicas debido a la espera de la confirmación del diagnóstico que provoca incertidumbre en las pacientes y finalmente el mantener la actividad e independencia ya que la mayoría de las pacientes piensan en la dependencia hacia su familia e incluso el personal de salud para su tratamiento

En la etapa de tratamiento de igual manera se presenta la aceptación del diagnóstico de cáncer y mantener una actitud positiva como la estrategia más utilizada, seguida del manejo del estrés que se genera al asistir a las consultas médicas para recibir la quimioterapia o a su ingreso hospitalario para llevarse a cabo la cirugía y por último el afrontamiento relacionado con los tratamientos y sus efectos secundarios tanto de la cirugía como de la quimioterapia, que determinan en gran medida su recuperación y calidad de vida.

Y después de 6 meses la estrategia más utilizada continua siendo la aceptación del diagnóstico y mantener la actitud positiva, afrontar los efectos secundarios de los tratamientos ya que se integran nuevamente a su vida sociofamiliar, y el manejo del estrés en las citas médicas por la incertidumbre de una posible recaída.

En cuanto a las estrategias utilizadas con relación al tratamiento inicial al que fueron sometidas las pacientes con cáncer, se encuentra que durante el tratamiento quirúrgico, en la etapa de diagnóstico se presenta la aceptación del cáncer y el mantener una actitud positiva ante la confirmación del diagnóstico, así mismo el manejo del estrés en las citas médicas para la programación de la cirugía y el mantener la actividad e independencia antes de llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico. En el tratamiento de quimioterapia durante la etapa de diagnóstico se presenta también la aceptación del diagnóstico y el mantener una actitud positiva. Sin embargo, la segunda estrategia más utilizada es mantener la actividad e independencia antes de llevarse a cabo la aplicación de la quimioterapia ya que se inicia en aquellas pacientes en estadios más avanzados

Durante la cirugía, la aceptación del cáncer y el mantener una actitud positiva continua, así como el manejo del estrés generado en el ambiente hospitalario y el afrontamiento de la cirugía y los efectos secundarios ya que puede afectar el autoconcepto y la autoestima de las pacientes. En el tratamiento de quimioterapia se mantiene la actitud positiva y el manejo del estrés durante la aplicación de la misma, debido principalmente a la presencia de eventos de angustia causados por

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

los efectos de la quimioterapia; así como la estrategia de mantener la actividad e independencia ya que el propio tratamiento, genera efectos secundarios que afectan el estado físico y emocional de las pacientes, por lo cual necesitan ayuda tanto de los familiares como del personal de salud.

A los seis meses las pacientes sometidas tanto a cirugía como a quimioterapia, el mantener una actitud positiva ante al pronóstico, sigue siendo la estrategia más frecuente; sin embargo, en el procedimiento quirúrgico se utiliza el afrontamiento ante el tratamiento y sus efectos en el autoconcepto y autoestima; el manejo del estrés generado en las citas médicas en ambos tratamientos es de suma importancia, ya que siempre existe la posibilidad de presentarse metástasis

Con relación a la calidad de vida se establece que si se ve afectado el nivel funcional durante la aplicación de los tratamientos, sin embargo logran recuperar la funcionalidad más de la mitad de las pacientes a los seis meses; se presentan pocos síntomas depresivos y de angustia tanto durante la aplicación de los tratamientos como después de 6 meses, sin embargo, existe una buena adherencia terapéutica y satisfacción con el cuidado médico; es importante señalar que la vida sociofamiliar se ve bastante deteriorada en la mayoría de las pacientes a diferencia de la vida sexual que solo se ve alterada un poco, debido principalmente a los tratamientos y sus efectos después de 6 meses.

En la evaluación global de la calidad de vida no se observan cambios muy significativos, sin embargo, durante la aplicación de los tratamientos se encuentra en 5 y después de 6 meses en el 6, recordando que el 7 es una calidad de vida excelente, por lo que las pacientes no perciben que su calidad de vida se vea afectada dramáticamente.

En la calidad de vida por tratamiento se encuentra que el nivel funcional se ve más deteriorado en las pacientes que reciben quimioterapia que las que se sometieron a cirugía, debido a los efectos secundarios del tratamiento, y que a aún después de seis meses, más de la mitad de las pacientes de quimioterapia no recuperan totalmente su funcionalidad.

La sintomatología depresiva y de angustia se presentan con poca frecuencia en ambos tratamientos por lo que no se manifiesta directamente el malestar psicológico, sin embargo se presenta un porcentaje mayor con la presencia de depresión en las pacientes que recibieron quimioterapia, probablemente por los efectos que causan las drogas en el sistema nervioso y estado anímico de las pacientes.

Con relación a la adherencia a los tratamientos es importante mencionar que en la aplicación de la quimioterapia existe un abandono mayor al tratamiento que en la cirugía y después de 6 meses, aquellas pacientes que concluyeron ambos tratamientos, continúan con una buena adherencia terapéutica

La familia es uno de los aspectos que más se ve afectado por la enfermedad, ya que en ambos tratamientos se ve bastante deteriorada la relación sociofamiliar, por el desgaste emocional, social y

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

económico que provocan tanto la cirugía como la quimioterapia, sin embargo, la vida sexual con la pareja se ve solo un poco deteriorada durante la aplicación de ambos tratamientos y después de 6 meses.

La evaluación global del estado físico y la calidad de vida no presenta diferencias significativas entre los tratamientos, en tanto se observa que en ambos tratamientos se determina una calidad de vida de 5 en la mayoría de los casos, y después de 6 meses se observa un mayor porcentaje en las pacientes mastectomizadas que aquellas que recibieron quimioterapia como primer tratamiento

Al analizar las estrategias de afrontamiento con sus efectos en la calidad de vida cabe señalar que el mantener la actividad e independencia influye en la evaluación global de la calidad de vida: el manejo del estrés en las citas médicas desde el momento del diagnóstico se relaciona con el impacto de la enfermedad en la dinámica sociofamiliar y que el afrontamiento relacionado a los tratamientos de quimioterapia y cirugía influye en la vida sexual de las pacientes.

Sin embargo el no contar con un adecuado control del estrés durante los tratamientos incrementa los síntomas gastrointestinales y de angustia

La vida sociofamiliar es indispensable para la aceptación del diagnóstico y fomentar una actitud positiva; sin embargo también puede actuar como factor determinante en la negación hacia el diagnóstico y provocar una actitud negativa hacia la enfermedad y los tratamientos.

El manejo del estrés en las citas médicas después de 6 meses influye en la presencia de síntomas depresivos, así como en el deseo y satisfacción sexual de las pacientes, principalmente por la idea persistente de una posible recaída después de haber concluido por lo menos uno de los tratamientos.

Al realizarse el tratamiento inicial y verse alterado el nivel funcional se generan síntomas gastrointestinales y de angustia, así como una disminución del deseo y satisfacción sexual de las pacientes, aún después de seis meses de haberse concluido la cirugía o el tratamiento de quimioterapia.

En el tratamiento quirúrgico la regulación afectiva influye en la presencia de síntomas depresivos, sin embargo, el contar con un buen soporte ayuda a las pacientes a conservar su funcionalidad, así como un adecuado manejo del estrés en las citas médicas

El afrontamiento relacionado con la cirugía y sus efectos en la autoimagen y el autoconcepto influye en la vida sexual de las pacientes que en gran medida se debe a la pobre información acerca del propio diagnóstico y los efectos de la cirugía, ya que cuentan con un nivel sociocultural bajo que no les permite entender la información proporcionada por el personal de salud o bien por la negación a conocer más de su enfermedad. Sin embargo cabe señalar que la estabilidad afectiva influye determinadamente en la evaluación global de la calidad de vida durante el procedimiento quirúrgico

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Después de 6 meses la aceptación del diagnóstico de cáncer y mantener una actitud positiva influye la vida sociofamiliar, debido a que el cáncer es una enfermedad que impacta no solo a la paciente sino a toda su familia.

Al verse deteriorado el nivel funcional como consecuencia de la cirugía se afecta el estado afectivo de la paciente, sin embargo, persiste la adherencia al tratamiento, pero si influye en el deseo y satisfacción sexual por la falta de información ante el manejo de su propia sexualidad.

Es importante considerar que la familia en gran medida influye en la aceptación del diagnóstico de cáncer y ayuda a mantener una actitud positiva después de 6 meses

El mantener la independencia durante la aplicación de la quimioterapia influye en la calidad de vida global de las pacientes; así como entender el procedimiento y efectos en el organismo del tratamiento con medicamentos ya que sufrán los efectos físicos y emocionales. Después de seis meses el afrontar los efectos del tratamiento influye en la presencia de síntomas depresivos; que a su vez interfiere con el proceso de aceptación del diagnóstico de cáncer y puede generar una actitud negativa ante la enfermedad.

Es importante hacer notar que el manejo del estrés en las citas de control influye en los síntomas depresivos que se generan por la incertidumbre de la recaída e inserción a una nueva forma de vida.

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos podemos establecer que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con diagnóstico de cáncer tienen que ver con la aceptación del diagnóstico y mantener una actitud positiva, al afrontamiento relacionado con el tratamiento y el manejo del estrés en las citas médicas.

Por lo que podemos establecer que el contar con un apoyo psicológico desde el momento del diagnóstico, permitirá una mejor aceptación el diagnóstico de cáncer y ayudara a promover una actitud positiva a lo largo del proceso de enfermedad; al mismo tiempo que ayudara a afrontar el tratamiento inicial y los efectos secundarios logrando reducir la búsqueda de apoyo y un mejor control del estrés en las citas médicas.

La información proporcionada por el personal médico con relación al diagnóstico y los tratamientos, deberá ser clara y precisa ya que permite una estabilidad afectiva en las pacientes aún después de 6 meses. El apoyo social es indispensable para fortalecer la adherencia terapéutica y un mejor control de los efectos secundarios por lo que el contar con un grupo de apoyo es de suma importancia para estas pacientes.

Durante el tratamiento quirúrgico, se establece que al afrontar la cirugía y los efectos físicos, emocionales y de imagen corporal de manera adecuada permitirá que las pacientes acepten el diagnóstico de cáncer y mantengan un espíritu de lucha logrando un menor deterioro en el estado físico y en su calidad de vida.

Es indispensable promover la toma de decisiones e independencia de las pacientes durante la cirugía en la medida de lo posible, ya que permite que la actitud positiva continúe durante el período de vigilancia de la enfermedad y disminuya el estrés generado durante las revisiones médicas.

Durante la cirugía es necesario proporcionar a la paciente la información sobre el proceso quirúrgico y los cuidados posquirúrgicos, así como los efectos físicos y de imagen corporal, para propiciar que la actitud positiva y de lucha continúe hasta lograr la remisión de la enfermedad en la medida de lo posible.

El contar con un entrenamiento psicológico en el manejo del estrés durante las revisiones médicas permitirá que la aceptación del diagnóstico y los efectos del tratamiento no influyan en la calidad de vida de las pacientes que sean sometidas a una mastectomía, como lo estableció Bayés (1992) al afirmar que debido a las situaciones por las que atraviesa el paciente durante el curso de la enfermedad conduce a una reacción de estrés experimentada por los pacientes como una experiencia desagradable que provoca importantes necesidades de adaptación

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Con relación al tratamiento de quimioterapia, es necesario fomentar un adecuado afrontamiento del tratamiento y los efectos secundarios, para una mejor adherencia al tratamiento de quimioterapia ya que la toxicidad del mismo provoca la deserción y una actitud de derrota; y reducir el estrés generado durante la aplicación de la quimioterapia, para que no se presente la respuesta condicionada al provocarse la náusea y vómito anticipatorio.

De igual manera, la información proporcionada a las pacientes con relación al tratamiento de quimioterapia y los efectos colaterales permitirá una estabilidad emocional, una mejor aceptación del diagnóstico y promover una actitud positiva aún después de haber concluido el tratamiento.

El apoyo social durante la aplicación de la quimioterapia es de gran ayuda para que las pacientes afronten los efectos del tratamiento y el manejo del estrés generado en las revisiones médicas.

En cuanto a la calidad de vida, podemos establecer que el impacto de la enfermedad en la vida sociofamiliar es determinante en la funcionalidad de las pacientes tanto durante la aplicación de los tratamientos como en el período de vigilancia de la enfermedad repercutiendo en los síntomas gastrointestinales y en la angustia generada por el proceso de enfermedad. Otro de los aspectos a considerar en la calidad de vida es el deseo y satisfacción sexual, en donde no se encontraron cambios significativos y cuya calidad de vida no se deteriora de manera determinante en ninguno de los tratamientos; sin embargo, cabe señalar que no se contempló que existen mujeres quienes ya no ejercen su vida sexual desde antes de diagnosticado el cáncer.

Durante la etapa de vigilancia es importante proporcionar a la paciente información suficiente sobre su situación actual con respecto a la enfermedad, para disminuir el estrés generado cada vez que asiste a revisión médica o estudios diagnósticos.

La calidad de vida durante la cirugía se determina en gran medida en la relación médico paciente y apoyo sociofamiliar durante el proceso quirúrgico reflejándose en una mejor evolución del proceso quirúrgico y aceptación de los efectos secundarios.

Sin embargo, el que la paciente se vea limitada en la realización de sus actividades y genere dependencia hacia los demás por la incapacidad que genera la cirugía y el que su vida sexual se ve afectada por su situación actual influye en la evaluación global del estado físico y calidad de vida, comprobando lo establecido ya en 1989 por Holland y Lesko.

En cuanto al tratamiento de quimioterapia, la calidad de vida se determina por el nivel de funcionalidad de las pacientes, ya que la toxicidad del tratamiento provoca limitaciones importantes; sin embargo, la relación médico-paciente continua siendo uno de los aspectos determinantes para el

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

afrentamiento de la enfermedad ya que una buena comunicación con el personal médico disminuye la presencia de síntomas depresivos.

El contar con el apoyo de la familia es importante en la presentación de síntomas gastrointestinales y la angustia que provoca el cambio de vida y vida futura que genera la propia enfermedad.

Durante la aplicación de la quimioterapia la vida sexual de la paciente no presenta cambios determinantes aún después de haber concluido el tratamiento. En general la calidad de vida durante la quimioterapia permanece en gran medida sin cambios después de haber concluido el tratamiento. Determinar una disminución en la calidad de vida tiene que ver con aspectos psicosociales, aspectos físicos y estilos y/o estrategias de afrontamiento, como lo estableció Font en 1994

Por ello, al analizar como se relacionan las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida, encontramos que la aceptación del diagnóstico al momento de informar sobre el diagnóstico de cáncer provoca en las pacientes una estabilidad emocional más adecuada que influye en el manejo del estrés que se genera durante las revisiones médicas y aplicación de los tratamientos.

La vida sociofamiliar promueve la aceptación del diagnóstico de cáncer y ayuda a mantener una actitud positiva ante la nueva situación de vida, sin embargo, también puede actuar como detonador para provocar una actitud de derrota y negación de la enfermedad y con ello el deterioro de la calidad de vida, apoyando lo establecido por Pederson y Vallanis (1988) al considerar que las reacciones de los miembros de la familia pueden determinar el ajuste psicológico de estas pacientes, pero también juega un papel importante en la adaptación del paciente para vivir con cáncer.

Informar a la paciente sobre los resultados obtenidos con relación a la efectividad de los tratamientos ayuda a estabilizar la afectividad y el estado emocional de las pacientes y obtener así un mayor control del estrés que se genera por el proceso de enfermedad, las creencias y temores generados por la evolución de la misma; influyendo así mismo en la ausencia de sintomatología depresiva y efectos en la vida sexual de las pacientes con cáncer de mama. Por lo que se comprueba lo que Bayés estableció en 1992, al considerar que las situaciones por las que atraviesa el paciente con cáncer provocan una reacción de estrés debido a la incertidumbre como resultado para predecir los acontecimientos; sentimientos negativos como depresión y ansiedad, pérdida de control y amenazas a la autoestima

Al relacionar las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida durante el proceso quirúrgico podemos concluir que es indispensable proporcionar información sobre la mastectomía y los efectos físicos, estéticos y emocionales ya que afecta directamente en la vida sexual de las pacientes y, por tanto, en la evaluación global de la calidad de vida

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Durante la aplicación de la quimioterapia la dependencia hacia los demás y la suspensión de actividades influyen en la evaluación global de la calidad de vida, por lo que es recomendable propiciar la independencia en la medida de lo posible así como en la toma de decisiones con respecto a su propia salud.

El tipo de comunicación que se establece con los médicos tratantes influye en la adherencia al tratamiento y la percepción global de la calidad de vida.

Podemos establecer que las estrategias de afrontamiento tienen que ver con aquellas respuestas generadas por el proceso de enfermedad y la manera de hacerle frente, como lo estableció Moss en 1977, al identificar que las pacientes con diagnóstico de cáncer deben reconocer sus síntomas, para poder controlarlos y prevenirlos cuando sea posible; superar y/o aceptar los tratamientos y sus efectos colaterales; mantener una comunicación estrecha con el médico y el resto del personal sanitario; conservar un equilibrio emocional y fortalecer las relaciones familiares y sociales, ya que los estados emocionales impactan las funciones cognitivas por lo que es importante contar con redes de apoyo.

Cabe señalar que los instrumentos utilizados (Inventario Conductual de Cáncer y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama) obtuvieron una confiabilidad y validez aceptables para la población atendida en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México, por lo que sería válido aplicarlos tanto en otros tipos de cáncer como en otras instituciones encargadas de la atención del paciente oncológico, para extender la validez y confiabilidad en población mexicana.

Sin embargo, a pesar de que la muestra fue muy pequeña, se obtuvieron resultados significativos que nos proporcionan información para implementar técnicas psicológicas dirigidas a puntos estratégicos que ayuden a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama a afrontar mejor su situación.

Algunas de las técnicas psicológicas que podrían implementarse en este tipo de población son la inoculación al estrés que incluye técnicas de relajación y aprendizaje de estrategias y estilos de afrontamiento; reestructuración cognoscitiva y entrenamiento cognitivo-conductual de la asertividad para dar habilidades a las pacientes para hacer buen uso de las redes familiares y sociales y promover la relación médico-paciente.

Para investigaciones futuras se sugiere contemplar las variables sociodemográficas para determinar la influencia de la edad, nivel socioeconómico, estado civil y nivel de instrucción en la forma de afrontar la enfermedad y la calidad de vida

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Con todo lo establecido con anterioridad se observa la necesidad de contar con el apoyo psicológico en un servicio de Oncología para la atención integral del paciente y mejorar sus condiciones de vida en la medida de lo posible.

Sin embargo, es importante señalar que el psicólogo dedicado a la atención de este tipo de pacientes, debe contar con ciertas habilidades terapéuticas, trabajo en equipo, empatía, actitud de servicio y fortaleza emocional ya que trabaja con situaciones que lo enfrentan a su propia muerte y sufre como todo personal de salud que trabaja con pacientes terminales del desgaste físico y emocional, por lo que es recomendable externar su sentir y contar con un apoyo emocional y manejo del estrés adecuado para una mejor atención de estos pacientes.

Es importante fortalecer el trabajo multi e interdisciplinario, ya que ayuda a mejorar la comunicación con los demás servicios encargados de la atención del paciente con cáncer para brindar una mejor calidad de servicio y con ello la calidad de vida de las pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, N. (1991). Methodologic Issues in Assessing the Quality of Life of Cancer Patients. *Cancer*. February 1 Supplement, 844-850.
- Aaronson, N., Meyerowitz, B., Bard, M., Bloom, J., Fawzy, Ph, Feldtein, M., Fink, D., Holland, J., Johnson, J., Lowman, J., Bradford, M., y Ware, J (1991). Quality of Life Research in Oncology. *Cancer*. February 1 Supplement, 839-843
- Aiken, L. (1996). *Test Psicológicos y Evaluación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Alatorre, J. (1994). (Trad.) *Criterios para la Elaboración de Documentos Psicológicos*. Centro de Documentación Facultad de Psicología. México:U.N.A.M.
- Araujo, J y Chadwick, C. (1988). *Tecnología educacional. Teorías de instrucción*. Barcelona: Paidós Educador.
- Arias, J., Hernández, D., Benitez, H., Villasis, M., Bernaldez, R. y Martínez, C. (1996). Un instrumento para medir la calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos con leucemia. *Gaceta Médica Mexicana*. Vol.132, No.1.
- Bacon, C.L., Rennecker, R. y Cutler, M. (1952) Psychosomatic survey of cancer of the breast, *Psychosomatic Medicine* 4: 543-460.
- Bandura, A. (1977) *Teoría del aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe
- Barriga, S. (1988). Los indicadores del bienestar. En: Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Edtonal Síntesis.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Barreto, M., Pascual, A., Lluch, A., Martínez, E., Sùrez, J., Ibàñez, E. Y García-Conde, J. (1990). Evaluación Longitudinal del Q.I. en càncer de mama. Citado en: Ferrero J., Barreto, P. Y Toledo, M. (1994). Mental Adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-oncology*. Vol.3. 223-232.

Bayés, R. (1992). *Psicología Oncológica* Barcelona: Martínez Roca.

Beneit, P.J. (1994). Aspectos psicológicos del càncer. En: Latorre, J.M. y Beneit, P.J. *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina:Lumen.

Blanco, A. (1985). Calidad de vida: supuestos psicosociales. En: Morales.J., Blanco. H Y Fernández. J. (Eds.) *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Descleé de Brouweer.

Blasco, T. (1992). Tratamientos psicológicos de la nausea y el vòmito inducidos por la quimioterapia en pacientes con càncer. *Revista de Psicología de la Salud* . Vol.4. Núm.1. 41-62.

Blasco, T. (1994). La nausea y el vòmito asociados a la quimioterapia: una reflexión sobre la investigación básica aplicada. *Anuario de Psicología*. Núm. 61, 51-55.

Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personliaty. Citado en: Carrobles, V. (1996) Estrés y Trastornos psicofisiológicos. Caballo, V., Buela-Casal, G y Carrobles, J.A. (Dir.) *Manua! de Psicopatología y Trastornos psiquiátricos*. Vol.2 Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Bryant, F. y Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 43 (4) 653-673.

Calderón, G. Flores, F., Martinez, P. y Perales, R (1998). Trastornos psicopatológicos en enfermas mastectomizadas. *Rev. Méd. La Salle* Vol.XIX N°3. 183-191.

Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients. Citado en: Wan, G., Counte, M y Cela, D. (1997) The influence of personal expectations on cancer patients' reports of health-related quality of life. *Psycho-oncology*, Vol.6. 1-11.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Campbell, A. (1976). Subjectives measures of well-being. Citado en: Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Cáncer Facts & Figures (1994). American Cancer Society. Atlanta. GA 1994. Citado en: Rivera, E., Rodríguez, S. Y Luna, P. (1997). Epidemiología y aspectos genéticos del cáncer de mama. *Cirujano General* Vol.19 Núm 3.

Cano-Videl, A., Sirgo, A., Pérez, G. y Tobal, M. (1999). *Avances Recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Fundación VECA / APICSA, España: Siglo XXI de España Editores.

Caplan, G. (1981). Mastey of stress. *Am. Journal Psychiatry*. 138: 413-420.

Carrobes, J.A. (1996). Estrés trastornos psicofisiológicos. En: Caballo, V., Buela-Cassal, G y Carrobes, J.A. (Dir.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol.2. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Carver, Ch., Pozo-Kaderman, Ch., Harris, M., Nonoga, V., Scheider, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., y Kimberley, C. (1994). *Cancer*. February,15. Vol.73, Núm.4.

Coates, A., Gebiski, J., Bishop, J., Jeall, P., Woods, R., Snyder, R., Tattersall, M. Byrne, M., Harvey, G., Gill, G., Simpson, J. y Forbes J. (1987). Citado en: Holland, J y Lesko, L. Chemotherapy, endocrine Therapy and Inmunotherapy En: Holland, J y Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of Patient of Cancer*. New York: Oxford University Press.

1er. Consenso Nacional sobre Tratamiento del Cáncer Mamario, Colima, México, Septiembre de 1994.

Compendio Histopatológico de Neoplasias en México. (1999). Grupos etéreos Morbilidad 1993-1997 Mortalidad 1987-1997. Secretaría de Salud.

Cooper, C. (1986). Los precursores psicosociales del cáncer. En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Díaz de Santos

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Cooper, C. y Watson, M. (Eds.) (1991). *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies*. Wiley, New York

Cope, O. (1978). *Cáncer del Seno: Una guía que puede evitar la mutilación de la mujer a cualquier edad*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K. y Targ, E. (2000). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer *Psycho-Oncology* 9(1), 89-89.

Cox, T. (1986). Estrés: un planteamiento psicofisiológico del cáncer. En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Díaz de Santos

Cox, T. y Mackay, C. (1981). A transactional approach to occupational stress. Citado en Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Chang, H y Bland, K. Tratamiento Local del Cáncer de Mama (1988). En: Shingleton H., Fowler, W., Wordan, J. y Lawrence W. (Eds.) *Oncología Ginecológica* México: McGraw-Hill Interamericana.

Dawson-Sanders, B. Y Trapp, R. (1997). *Bioestadística Médica*. México: Manual Moderno

Degoratis, L., Abeloff, F y Melisaratos, G. (1979) Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 242: 1504-1508.

Degoratis, L., Morrow, G., y Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Citado en: Gilli, M y Roca, M. Trastornos afectivos en Oncología. Roca, M y Arroyo, M. (1996). *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson.

De Vita, V., Hellman, S y Rosenberg S (1999). *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 5th Edition using SearchLITE® for Windows

Diener, E. (1984). Subjective well-being *Psychological Bulletin*. 95 (3), 542-575

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Dominguez (1991). Salud Laboral. Citado en: Ascencio L. (1995) *El proceso de trabajo y su relación con la salud mental*. Tesis de Licenciatura inédita. F.E.S. Zaragoza. U.N.A.M.

Doval, M., Maunsell, E., Deschenes, L y Brisonn, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*. November 15, Vol.83; Núm.10 2130-2138.

Fallowfield L y Baum, M. Problemas Psicosociales Asociados con el Diagnóstico y el Tratamiento del Cáncer de Mama. (1993). En: Bland, K.,I. (Ed.) *Manejo Multidisciplinario de las Enfermedades Benignas y Malignas de la Míama*. México: Ed. Médica Panamericana.

Fayos, J. Bellamd, F. (1981) An inquiry on the quality of life after curative treatment. Citado en: Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Felton B. and Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controlability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J. Consult. Clin. Psychology*. 52: 343-53.

Ferrell, B., Wisdom, Ch. y Wenzl, C., (1989). Quality of life as outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*. 63. 2321-2327.

Ferrero J., Barreto, P. Y Toledo, M. (1994). Mental Adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-oncology*. Vol.3. 223-232.

Ferrero, J., Toledo, M., y Barreto, M.P (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol.27, Núm 1, 87-102

Florez, J.A. (1994). *La Mujer ante el Cáncer de Mama: Aspectos Psicológicos*. Barcelona. EDIKA MED.

Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*. Número 61, 41-50

Fox, B. (1978). Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *Journal of Behavioural Medicine* 1 (1), 45-133

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Friedman, H. DiMatteo, R (1989). Health Psychology. Citado en: : Grau, J (1999) *Calidad de Vida y Salud. Problemas actuales en su investigación*, material didáctico Instituto de Investigaciones Psicológicas Universidad Veracruzana, México.

Fruin, D., Pratt, C. & Owen, N. (1992). Protection motivation theory and adolescent's perception of exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 55-69.

Geer, H. Y Morris, T. Psychological attributes of women who development breast cancer A controlled study. Citado en: Fallowfield L y Baum, M. (1993). Problemas Psicosociales Asociados con el Diagnóstico y el Tratamiento del Cáncer de Mama. En: Bland, K.,I. (Ed.) *Manejo Multidisciplinario de las Enfermedades Benignas y Malignas de la Mama*. México: Ed. Médica Panamencana.

Gilli, M y Roca, M. (1996). Trastornos afectivos en Oncología. Roca, M y Arroyo, M. (Eds.) *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson.

Goodwin, D., Boggs, S. Y Graham-Pole, J. (1994). Development and Valitation of Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, Vol.6, No.4, 321-328.

Grau, J. (1999). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. Citado en: Grau, J. *Calidad de Vida y Salud. Problemas actuales en su investigación*, material didáctico Instituto de Investigaciones Psicológicas Universidad Veracruzana, México.

Greer, S, Morris, T. y Pettingalee, K. (1979). Psychological response to breast cancer: efect on outcome Citado en: Bieliauskas L., (1986). Cáncer, estrés y depresión En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Díaz de Santos

Haney, C. (1977). Illnes behaviour and psychosocial correlates of cancer. Citado en: Cooper, C. (1986). Los precursores psicosociales del cáncer. En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Díaz de Santos

Hann, D., Jacobse, P., Martin, S., Azarello, L y Grenbreg, H. (1998). Fatigue and Quality of Life Following radioterapy for breast cancer: A comparative Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Vol.5 No.5. 19-33

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Haan, N., (1977). Coping and defending. Citado en: Rodríguez, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Harwood, p. (1976). Quality of life: ascriptive and testimonial conceptualizations. Citado en: Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Hernández R., Fernández, C y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Holland, J., (1973). Psychological aspects of cancer. Citado en: Holland, J y Rowland J. (1989) *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.

Holland, J y Lesko, L (1989). Chemotherapy, endocrine Therapy and Immunotherapy En: Holland, J y Rowland, J. (Eds.) *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of Patient of Cancer*. New York: Oxford University Press.

Holland J., y Mastrovito, R. (1980). Psychologic Adaptation to Breast Cancer. *Cancer*. 46, 1045-1052.

Kazak, A. (1994). Citado en: Kazak, A., Barakat, L., Meeske, K., Chistakis, D., Meadows, A., Casey, R, Penati, B. y Stuber, M. (1997) "Posttraumatic Stress, Family Functioning and Social Support in Survivors in childhood leukemia and their mothers and fathers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(1).

Kearsley, J., Williams, A. y Fiumara, A. (1989). Antiemetic superiority of lorazepam over oxazepam and methylprednisolone as premedicants for patients receiving cisplatin-containing chemotherapy. *Cancer*. 64, 1595-1599.

Kissen, D (1963). Personality characteristics in males conductive to lung cancer. Citado en: Cooper, C. (1986). Los precursores psicosociales del cáncer. En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Díaz de Santos.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Lazarus, R. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. Citado en Rowland, J. Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland, J y Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of Patient of Cancer*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. (1993). Coping theory and Research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234-247.

Lazarus R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer

Lazarus R. y Folkman, S. (1986). *Procesos Cognitivos y Estrés*. Barcelona: Martinez Roca

Leis, P., Parámetros Pronósticos para el Cáncer de Mama. (1993). En: Bland, K. I. (Ed.) *Manejo Multidisciplinario de las Enfermedades Benignas y Malignas de la Mama*. México: Ed. Médica Panamericana.

LeShan, L., y Worthington, R. (1956 Citado en: Bieliauskas L., (1986). Cáncer, estrés y depresión En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Diaz de Santos.

Levenson, J y Bemis, C (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progresion. *Psychosomatics*. Vol.32. Núm.2 Spring. 124-132.

Litt, M. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54, 149-160.

Liu, B. (1974). Quality of life indicators. Citado en: Rodriguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Sintesis.

Llor, B, Abad, M.A., Garcia, M., y Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. España: Interamericana McGraw-Hill.

Lowitz y Casciato Citado en. Delgado, E. (1995). *Los perfiles cognitivos y las estrategias de afrontamiento de pacientes oncológicos: elementos para una consideración del tratamiento de pacientes terminales*. Tesis de Licenciatura inédita. México. E.N.E P. Iztacala, U.N.A.M

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Mantovani, G; Astara, G., Llampis, B., Bianchi, A., Curreli, L., Arrú, W., Capinello, B., Carta, M., Sorentinos, M y Rudas, N. (1996). Impact of psychosocial intervention on the quality of life of early cancer patients. *Psycho-oncology*, Vol.5: 127-135.

Mechanic, D. (1968) Medical Sociology. Citado en: en Rowland, J. Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland, J y Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of Patient of Cancer*. New York: Oxford University Press.

Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa C. (1993). *El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis*. México: Trillas.

Mertuzzi, Th. y Martínez, A. (1997). Assessment of Self-Efficacy and Coping with Cancer: Development and validation of the Cancer Behavior Inventory. *Health Psychology*. Vol.16, Núm.2, 163-170.

Meyerowitz, V. Watkins, I. y Sparks, F. (1983). Psychosocial implications of adjuvant chemotherapy: A two years follow-up. *Cancer*. 52: 1541-1545.

Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. Citado en: Carrobes (1996). Estrés y Trastornos psicofisiológicos. Caballo, v., Buela-Casal, G y Carrobes, J.A. (Dir.) *Manual de Psicopatología y Trastornos psiquiátricos*. Vol.2 Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Moreno, B. y Ximenez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela-Casal, G. Caballo, V. y Sierra, J. (Eds.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XIX Editores.

Moorey, S y Greer, S. (1989). Psychological Therapy for patients with cancer. Citado en: Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología* Vol.27. Núm.1, 87-102.

Moos, R. (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

- Moyer, A. (1997). Psychosocial Outcomes: of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology* Vol.16 No.3, 284-298.
- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. Y Smith, F. (1989). Atitudes to cancer: psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal Behaviour Medicine*. 12, 341-355.
- Nezu, A y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en la Solución de Problemas. Citado en: Caballo, V., Buela-Casal, G. Y Carrobes, J.A. (1996) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Vol.2. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Novy, D., Nelson, D., Hetzel, R., Squitieri, P. y Kenington R. (1998). Coping with Chronic Pain: Sources of Intrinsic and Contextual Variability. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol.21, No.1, 19-34.
- O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K. y Holman, H. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7, 527-544.
- Osoba, D. (1994). Lessons learned from measuring health-related Quality of Life in Oncology. *J. Clin. Oncol.* 12: 608-616).
- Paget, J. Surgical Pathology. London, Longmans Green, (1870). Citado en Fallowfield L y Baum, M. Problemas Psicosociales Asociados con el Diagnóstico y el Tratamiento del Cáncer de Mama. En: Bland, K.I. (1993). *Manejo Multidisciplinario de las Enfermedades Benignas y Malignas de la Mama*. México: Ed. Médica Panamericana.
- Pastor, M., López, S., Rodríguez, J., Sánchez, S., Salas, E., y Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia del dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud *Revista de Psicología de la Salud*, Vol.2 Núm. 1/2. 91-112.
- Peederson, L y Valanis, B. (1988) The effects of breast cancer on the family: a review of the literature. *Journal Psychosol. Oncol.* 6, 95-118.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Pfefferbaum, B., Overall, J., Boren, H., Frankel, L., Sullivan, M. y Johnson, K. (1987). Alprazolam in the treatment of anticipatory nausea situational anxiety in children with cancer. Citado en: Mantovani, G. Astara, G., Lapis, B. Bianchi, A., Curreli, L., Arrú, W., Carpinello, B., Carta, M., Sorrentinos, M y Rudas, N. (1996). Impact of psychosocial intervention on the quality of life the elderly cancer patients. *Psycho-oncology*, Vol5. 127-135.

Pick, S. y López, A.L. (1995). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.

Pozo, C., Carver, C., Noriega, V., Harris, S., Robinson, D., Ketchaman, A., Legaspi, A., Moffat, F., y Clark, K. (1992). Effects of mastectomy versus lupectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first year postsurgery. *Journal of Clinical Oncology*. 10: 1292-1298.

Rivera, E., Rodríguez, S. y Luna, P. (1997). Epidemiología y aspectos genéticos del cáncer de mama. *Cirujano General* Vol.19 Núm. 3.

Rodrigue, J., Behen, J. y Tumlin, T. (1994). *Psycho-oncology*. Vol.3: 205-214.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Roth, S. Y Cohen, L. (1986). Approach, avoidance and coping with strees. *Am. Psychol.* 41, 813-819.

Rowland, J. Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland, J y Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of Patient of Cancer*. New York: Oxford University Press.

Sattin, R., Run, G., Webster, L., Huezco, C. Wingo, P. y Ory, H. (1985). Family history and the risk of breast cancer. *JAMA* 253: 1908-1913.

Selye, H. (1936). A síndrome produced by diverse nocuos agents. Citado en: Carrobles, J.A. (1996) Estrés trastornos psicofisiológicos. En: Caballo, V., Buela-Casal, G y Carrobles, J.A. (Dir.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol.2. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores

Selye, H. (1979). Correlating stress and cancer. Citado en: Cooper, C (1986). Los precursores psicosociales del cáncer. En: Cooper, C.L. (Ed.) *Estrés y Cancer*. España: Editorial Díaz de Santos.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Shaw, A. (1977). Defining the quality of life Citado en: Rodríguez, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Siegel, S. (1990). *Estadística No Paramétrica. Aplicadas a las Ciencias de las Conducta*. México:Trillas.

Silva, R. y Zamudio, C. (1994). Citado en: Ascencio L (1995) *El proceso de trabajo y su relación con la salud mental*. Tesis de Licenciatura inédita. México. F.E.S. Zaragoza. U.N.A.M

Skllar, L. y Anisman, H (1981). Contributions os stress and coping to cancer development and grown Citado en: Bieliauskas L., (1986) *Cancer, estres y depresión* En: Cooper, C.L (Ed) *Estrés y Cáncer*. España: Editorial Díaz de Santos

Smith, C. y Walston, K. (1992). Adaptation in patients with chonic rheumatoid arthntis. apication of general model. *Health Psychology*. 11, 151-162.

Szalai, A.. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life Citado en: Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis

Taladríd, B. (1993). *Guía para el Paciente con Cáncer*. México: Editorial Contenido

Tapia R. y Kuri, P. (1999) Panorama epidemiológico del cáncer en México. *Revista de Vinculación. Empresa, Investigación y Educación Superior*. Año 2, Número 10-11

Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* Vol.6 No.3. p.p 545-567

Toledo, M., Barreto, M. Pascual, A. y Ferrero, J. (1993). Adaptacion del cuestionano de calidad de vida de la E.O.R.T.C. para cáncer de mama *Revista de Psicología de la Salud* Vol 5 Núm2 29-46

Tubiana, M. (1989). *El Cáncer*. México Fondo de Cultura Económica

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

- Valderrama, P., Carbellido, S., y Domínguez, B. (1995). Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol.27 Núm.1 76-83.
- Valdés, M., y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Visauta, B. (1998). *Análisis Estadístico con SPSS para Windows*. Vol II Estadística multivariante. México: MacGraw-Hill
- Wagner, M., Armstrong, D. y Llaughlin, J. (1995). Cognitive determinants of quality of life after onset of cancer. *Psychological Reports*. 77: 147-154
- Weisman, A. y Worden, J. (1975). Psychosocial analysis of the cancer deaths. Citado en Rowland, J. Intrapersonal Resources: Coping. En Holland, J y Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of Patient of Cancer*. New York: Oxford University Press
- Weisman A. y Worden, J. (1975). Psychosocial components of lagtime in cancer diagnosis. *J. Psychosom Res* 19: 69-79.
- Wilson-Barnett, J. (1979). Stress in Hospital. Citado en Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Wortman, C. (1984). Social support and cancer: Conceptual and methodologic issues. *Cancer*. 53. 2339-2359.

ANEXOS

**ANEXO 1
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE ONCOLOGIA
PSICOLOGIA DE LA SALUD**

***"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON CANCER DE MAMA"***

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio consiste en identificar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida como medidas de autoeficacia de los pacientes con cáncer de mama que se encuentren en tratamiento médico.

Los instrumentos se aplicarán dentro de las instalaciones del servicio de Oncología de este Hospital, proporcionando al paciente cada uno de los cuestionarios con su respectiva hoja de respuestas, así como del material necesario para contestarlo, enfatizando que los resultados obtenidos serán confidenciales, únicamente para uso exclusivo de investigador.

El ingreso a esta investigación de los pacientes es totalmente voluntario. El paciente queda informado sobre la libertad que tiene para abstenerse de participar en la investigación o retirarse del mismo si así lo desea. También se da por enterado que puede ser excluido del estudio por el investigador cuando éste así lo considere, sin requerir del consentimiento del paciente.

Estando consciente de la prueba para lograr estos objetivos y que no existen riesgos para la salud física y mental.

Acepto:

Nombre y Firma de Paciente

ANEXO 2
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Expediente: _____

1.- SEXO.

1.-Masculino 2.-Femenino

2.- ESTADO CIVIL:

1.-Soltera 2.-Casada 3.-Divorciada
4.-Separada 5.-Viuda 6.-Unión Libre

3.- EDAD _____ años

4.- LUGAR DE RESIDENCIA:

_____ Ciudad Estado _____

5.- OCUPACION:

1.- Empleado Tipo de trabajo: _____
2.- Desempleado
3.- Retirado Tipo de Trabajo _____
4.- Hogar
5.- Oficio

6.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

1.- Sin Instrucción
2.- Sabe leer y escribir
3.- Primaria Incompleta _____ Completa _____
4.- Secundana Incompleta _____ Completa _____
5.- Bachillerato Incompleta _____ Completa _____
6.- Carrera Técnica Incompleta _____ Completa _____
Cuál _____
7.- Licenciatura Incompleta _____ Completa _____ Cuál _____

7.- RELIGION:

1.- Católica 2 -Protestante
3.- Testigos de Jehová 4.- Otra _____

8.- CON QUIEN VIVE:

1.- Esposo / Esposa 2 - Vive solo
3.- Con sus hijos _____ 4 - Nietos _____
5.- Padres 6 - Abuelos
7 - Hermanos 8 - Otros familiares _____
9 - Amigos

**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA**

FICHA DE IDENTIFICACION

Sujeto No. _____

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha de la primera prueba. Mes _____ Año _____

Fecha del Diagnóstico: Mes _____ Año _____
(ver el reporte de patología) RP: _____

Estadio al Diagnóstico: 1=0 2=I 3=II 4=III 5=IV 6=No estadificado

Enfermedad Metástasica. 1 Presente en el diagnóstico
2 Ocurre después del diagnóstico: Mes _____ Año _____

Tipo de cáncer 1.- Mama

Tipo de Tratamiento al Diagnóstico
Cirugía: 1.- SI
2.- NO

Tipo de cirugía: _____

Terapia Adyuvante:
Quimioterapia: Drogas y dosis:

No. De Ciclos: _____

Radiación:
1.- Curativo No. de semanas: _____
2.- Preventivo No. de semanas: _____
3.- Sin Radiación

Efectos secundarios por la QT o RT

_____ Fatiga	_____ Distres
_____ Náusea	_____ Neutropenia
_____ Depresión	_____ Fiebre
_____ Ansiedad	_____ Diarrea
_____ Alopecia	_____ Estomatitis
_____ Dolor	_____ Disfunciones sexuales / reproductivas
_____ Constipación	_____ Problemas de sueño
_____ Pérdida de peso	

**ANEXO 3
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE ONCOLOGIA**

Nombre: _____ Fecha: _____

INVENTARIO CONDUCTUAL DE CANCER

Este cuestionario contiene muchas de las cosas por las que atraviesa una persona cuando recibe tratamiento para el cáncer. Nosotros estamos interesados en la manera en como usted puede presentar estas cosas.

Por favor lea cada una de las preguntas y encierre en un círculo la respuesta que vaya de acuerdo a lo que usted considere le este pasando. Si usted encierra el círculo 1 significa que no es nada cierto que usted presente esa conducta y si encierra en un círculo el 9 significa que es totalmente cierto que usted presente esa conducta. Los números a mitad de la escala indica que esta moderadamente de acuerdo con esa conducta a revisar.

Por favor conteste todas las preguntas. Si no esta seguro, tómese su tiempo y hágallo lo mejor que pueda.

1.- Mantiene su independencia	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
2.- Mantiene una actitud positiva	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
3.- Acepta que tiene cáncer	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
4.- Mantiene su actividad laboral	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
5.- Pregunta sus dudas a las enfermeras	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
6.- Permanece relajado ante los tratamientos y no permite que el miedo lo desequilibre	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
7.- Busca apoyo de personas o grupos fuera de su familia	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8
8.- Mantiene una rutina diaria	NO ES NADA CIERTO	3	MODERADAMENTE CIERTO	7	TOTALMENTE CIERTO	9
	1	2	4	5	6	8

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

9.- Pregunta sus dudas al personal de salud	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
10.- Acepta la caída del cabello	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
11.- Permanece relajado durante los tratamientos de quimioterapia o radioterapia	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
12.- Acepta los cambios físicos de su cuerpo	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
13.- Ignora las cosas que no puede modificar	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
14.- Participa activamente en las decisiones con relación a los tratamientos	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
15.- Comparte sus sentimientos	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
16.- Permanece relajado mientras espera por más de una hora su consulta	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	
17.- Expresa al personal de hospital, sus sentimientos de enojo y hostilidad	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
1 2 3	4 5 6 7	8 9	

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

18.- Busca información acerca del cáncer o sus tratamientos	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
19.- Expresa sus sentimientos negativos acerca del cáncer	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
20.- Se mantiene ocupado con otras actividades	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
21.- Ha encontrado algún escape	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
22.- Mantiene su sentido del humor	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
23.- Acepta los cambios físicos o limitaciones causadas por el tratamiento del cáncer	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
24.- Busca consuelo	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
25.- Mantiene la esperanza	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
26.- Pregunta sus dudas a los médicos	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9
27.- Controla sus sentimientos negativos acerca del cáncer	NO ES NADA CIERTO	MODERADAMENTE CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
	1 2 3	4 5 6 7	8 9

**ANEXO 4
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE ONCOLOGIA**

Nombre: _____ Expediente: _____
Diagnóstico: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA CANCER DE MAMA

Estamos interesados en algunas cuestiones acerca de su salud. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda todas las preguntas poniendo un círculo en el número que le parezca más adecuado. La información que usted nos proporcione, será estrictamente confidencial.

1.- ¿Podría hacer esfuerzos importantes en casa como mover muebles pesados?

1 (No) 2 (Si)

2.- Si usted quisiera, ¿podría correr una distancia corta? (Por ejemplo, 20 ó 25 m.)

1 (No) 2 (Si)

3.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo largo? (Por ejemplo: caminar durante más de media hora)

1 (No) 2 (Si)

4.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo corto? (Por ejemplo: dar una vuelta a la manzana)

1 (No) 2 (Si)

5.- ¿Está usted en la cama o sentada la mayor parte del día?

1 (No) 2 (Si)

6.- ¿Tiene que permanecer en su casa la mayor parte del día?

1 (No) 2 (Si)

7.- ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse o ir al baño?

1 (No) 2 (Si)

8.- ¿Encuentra alguna dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas?

1 (No) 2 (Si)

9.- ¿Su estado actual, le impide trabajar o hacer sus labores domésticas?

1 (No) 2 (Si)

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

DURANTE LA SEMANA PASADA:

10.- ¿Tuvo dificultad para respirar?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

11.-¿Tuvó dolor?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

12 - ¿Necesitó hacer reposo?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

13.- ¿Se sintió enferma?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

14.- ¿Tuvo problemas para dormir?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

15.- ¿Se sintió débil o sin fuerzas?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

16.- ¿Perdió las ganas de comer?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

17.- ¿Tuvo náuseas?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

18.- ¿Tuvo vómito?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

19.-¿Se cansaba con facilidad?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

20.- ¿Tuvo dificultad para concentrarse o se le olvidaban cosas?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

21.- ¿Perdió el interés por su aspecto físico?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

22.- ¿Se sintió intranquila o nerviosa?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

23.- En algún momento, ¿sintió pánico o ganas de salir corriendo de repente?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

24.- ¿Pudo disfrutar de un programa de television, radio o leer un libro?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

25 - ¿Le interesan sus actividades como antes?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

26.- ¿Se sintió tensa?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

27.- ¿Afectó su enfermedad su vida familiar o social?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

28.- ¿Afectó el tratamiento a su vida familiar o social?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

29.- Su enfermedad o el tratamiento, ¿le causan problemas económicos?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

30.- ¿Estuvo preocupada por la caída del cabello?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

31 - ¿Disminuyó su deseo sexual?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

32.- ¿Disminuyeron sus relaciones sexuales?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

33 - ¿Tuvo dificultades para encontrar ropa que le quedará bien?

1 (Nada) 2 (Un poco) 3 (Bastante) 4 (Mucho)

