



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

**"Correlación de estilos de afrontamiento y calidad de vida en
pacientes con cáncer de mama".**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA:

P R E S E N T A:

DRA. LIBIER ESCALERA VÁZQUEZ

TUTOR TEÓRICO:

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. CARMEN ROJAS CASAS

DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ

MÉXICO, DF.

AÑO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo para la realización de ésta tesis principalmente a las pacientes del INCan de la clínica de cáncer de mama que sin su amabilidad y cooperación no se habría realizado éste trabajo, a la Dra. Dulce Martínez por todo su apoyo y paciencia, a mis asesores Dra. Carmen Rojas y Dr. Fernando Corona, amigos y compañeros que contribuyeron con su entusiasmo y apoyo, pero por sobre todo, a mi familia, a mi madre, mi hermano Luís, mi cuñada Nancy, mi hermana Nely , mi cuñado Rogelio y mi sobrino Emiliano, quienes siempre estuvieron fortaleciendo mis esfuerzos... Gracias.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Marco Teórico	
Cáncer de mama	6
Enfrentarse a la enfermedad	7
Modelo de Lazarus	9
Calida de vida	11
Métodos de evaluación	12
Planteamiento del problema, Justificación	14
Objetivo	14
Hipótesis	15
Material y métodos	15
Resultados	20
Discusión	26
Conclusiones	29
Referencias Bibliográficas	30

RESUMEN

Introducción. El cáncer y su diagnóstico, cualquiera que sea el momento o las condiciones de su hallazgo es devastador tanto para el paciente como para su entorno familiar, social y laboral; por lo que para poder contender con ello se tienen que desarrollar capacidades psíquicas y físicas que permitan sobrellevar el padecimiento, estos son los mecanismos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento (o mecanismos de defensa) se describen como procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a situaciones que amenazan la integridad física o psíquica, y el individuo suele ser ajeno a estos procesos. El objetivo de este estudio es indagar los estilos de afrontamiento que presenta cada paciente y observar si existe una asociación entre la calidad de vida. Se realizó una muestra de 53 pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología en el periodo de marzo a agosto del 2006, a las cuales se les aplico una encuesta sociodemográfica, la escala de estilo de afrontamiento de Larazus y Folkman (2) y el cuestionario de calidad de vida para cáncer EORTC QLQ-C30 (1). Resultados. Se encontró que la media de edad de la población era de 45 años, los principales mecanismos de afrontamiento que usaron las pacientes fue: Aceptación con resignación (18.8%), Redefinición cognitiva (32.08%) y Requerimiento de información o asesoramiento (35.85%). El mecanismo que mostró asociación con mejor calidad de vida fue análisis lógico y control afectivo. Conclusión. Las pacientes con mecanismos de afrontamiento eficientes tienen mejor calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Padecer un cáncer supone enfrentarse a una situación altamente estresante, ante la cual el sujeto debe poner en marcha mecanismos de afrontamiento que le permitan adaptarse. La adaptación a la enfermedad se refiere por un lado al proceso de afrontamiento al diagnóstico y los tratamientos, y por otro lado al resultado de un buen estado emocional y el mantenimiento de una buena calidad de vida a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

A pesar de los avances médicos, el cáncer continua siendo una de las enfermedades actuales más temidas, ya que además de asociarse con la muerte, se percibe como una enfermedad dolorosa y maligna, que va deteriorando al sujeto, delimitando sus capacidades hasta la muerte lenta y consciente. Esta visión popular catastrófica se debe a la mala calidad de vida del paciente oncológico, el cual se ve obligado a someterse a tratamientos agresivos y mutilantes como la mastectomía o la quimioterapia con efectos secundarios. El conocer los mecanismos de afrontamiento usados por las pacientes así como observar si existe asociación con la calidad de vida es crucial para determinar las maniobras sobre las que se puede incidir en esta población, especialmente susceptible a patologías psiquiátricas. De ahí la intención de realizar un estudio con estas características en población mexicana.

MARCO TEÓRICO

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de la glándula mamaria ocupa en nuestros días un lugar predominante a nivel mundial como causa de enfermedad y muerte entre el sexo femenino. En las dos últimas décadas, la incidencia de cáncer mamario en México ha ido en aumento. Este fenómeno ha ocurrido en varios países, donde se observa un aumento en la incidencia de la enfermedad en los últimos años. Se atribuye este efecto a programas de detección más efectivos, mejoría en los sistemas de estadísticas en salud y una mejor educación a las mujeres para cuidar su salud (2).

EPIDEMIOLOGÍA

Más de 215 000 mujeres han sido diagnosticadas con cáncer de mama en los Estados Unidos en el 2003 (3).

La mortalidad por cáncer de mama comienza de los 25 años en adelante, registrándose un aumento en la mortalidad al avanzar la edad (4). Entre los factores de riesgo se encuentran una edad mayor a 30 años, una vida menstrual de más de 40 años, el primer embarazo a término después de los 30 años y el uso de hormonales por más de 10 años.

En México en el 2005 los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte, 63 128 personas fallecieron por éstos, lo que representa un 12.7% del total de las defunciones registradas. Las defunciones por tumores malignos representaron el 14.5 % del total de fallecimientos en las mujeres. De éstas el 13.1% correspondía a cáncer de mama. De acuerdo con el volumen de su población, cuatro entidades representan 36 de cada 100 fallecimientos por tumores de tipo maligno: el Distrito Federal (10.7%), estado de México (10.6%), Veracruz de Ignacio de la Llave (7.95) y Jalisco (7.3) (5).

En nuestro país no existen tasas de incidencia de esta enfermedad, debido a la ausencia de registros poblacionales de cáncer. Sin embargo, recientemente se constituyó un Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas (RHNM), en colaboración con la Asociación Mexicana de Patólogos, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Cancerología. En 1995, por medio del RHNM, se registraron 75 675 casos nuevos de cáncer en México (6). Cabe destacar que dicho registro no tiene base poblacional, sino sólo representa la frecuencia relativa de tumores malignos con diagnóstico histológico de un centro hospitalario; sin embargo, ilustra el problema de cáncer en nuestro país a partir de los casos nuevos notificados anualmente.

Una de las principales instituciones donde se atiende el Cáncer de mama es el Instituto Nacional de Cancerología. El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) fue fundado el 25 de noviembre de 1946, con el objetivo de proveer de atención médica a la población mayor de 15 años de edad y con diagnóstico de cáncer; los pacientes pediátricos son referidos a centros especializados. En la actualidad, el INCan es un centro nacional de referencia para pacientes oncológicos que no tienen acceso a la seguridad social ni a la medicina privada. También recibe pacientes oncológicos de otros institutos nacionales de salud, dentro de un programa de colaboración interdisciplinaria.

ENFRENTARSE A LA ENFERMEDAD: CÁNCER DE MAMA

Ante el diagnóstico de una enfermedad grave que amenaza la vida del sujeto o que compromete su autonomía, se producen reacciones psicológicas basadas en la ansiedad. Cuando esto sucede es necesario un cambio o nueva adaptación que permita volver a establecer una relación efectiva con el entorno.

En el caso concreto de sufrir un cáncer la persona debe hacer frente a una situación estresante que puede resultarle abrumadora, dado los aspectos físicos y psicológicos asociados al diagnóstico y al tratamiento. El cáncer representa una significativa amenaza al bienestar y una considerable fuente de daño personal en la auto-imagen, el rendimiento, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales y la sexualidad. El diagnóstico y las primeras fases del tratamiento se asocian a síntomas de ansiedad, depresión y otras formas de malestar emocional (7)

Elliot y Eisdorfen (8) plantean cuatro tipos de estresores a los que debe enfrentarse la persona diagnosticada de cáncer:

- Estresores limitados en el tiempo: cirugía o alguna de las pruebas diagnósticas como la biopsia.
- Secuencia de estresores: el conjunto de las pruebas diagnósticas.
- Estresores intermitentes: tratamientos como la quimioterapia o la espera de resultados en las pruebas de seguimiento.
- Estresores crónicos: la pérdida de una parte anatómica o el miedo a la recaída.

Los tres primeros son estresores que desaparecerán con el tiempo, pero los crónicos seguirán afectando a la persona a lo largo de su vida, aunque se vea libre de enfermedad.

Tross y Holland (9) encuentran que los efectos psicológicos de recibir un diagnóstico de cáncer a medio y a largo plazo son: preocupación por la enfermedad, miedo a la recaída, mayor miedo a la muerte, sentimientos de daño físico, sensación de vulnerabilidad, incertidumbre respecto al futuro, sensación de

inadecuación personal, sensación de control disminuida, miedo al rechazo social, ansiedad y depresión. Enfrentarse al cáncer no es un hecho puntual sino que supone un proceso a lo largo del cual se pueden cursar por diferentes etapas o fases de duración variable, con determinadas reacciones emocionales (10):

-Fase Inicial: respuesta inicial de choque y desconcierto, donde se producen reacciones de incredulidad, negación del diagnóstico y un sentimiento de gran desesperanza, anticipando dolor y muerte.

-Fase intermedia: respuesta de disforia caracterizada por un gran malestar e irritabilidad con respuestas de ansiedad tales como anorexia, insomnio, falta de concentración, disminución de la actividad cotidiana, rumiación sobre los tratamientos mutilantes y dolorosos, y miedo a la muerte. Se manifiesta también un sentimiento de preocupación por la familia y depresión por no haber realizado determinadas actividades o proyectos, con el temor, y en algunos casos convencimiento, de que ya no se dispone de tiempo suficiente para llevarlos a cabo. En general supone una ruptura con la vida anterior.

-Fase de adaptación: La persona acepta la situación, se manifiesta más optimista y pone en marcha mecanismos de afrontamiento, tales como la recogida de información sobre su caso concreto y la reorganización de su estilo

En este aspecto una de las neoplasias más estudiadas en la actualidad (11) es el cáncer de mama. Las razones son diversas, probablemente esto se deba a la sensibilización de la sociedad y el incremento de su incidencia.

Existen numerosos estudios que dan cuenta de cómo el comportamiento se asocia al origen del trastorno oncológico también se ha documentado el papel de las variables psicológicas y demográficas relacionadas con el curso de la enfermedad.

Dentro de las variables psicosociales estudiadas se encuentran las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicosocial a la enfermedad, las cuales resultan de vital importancia para comprender cómo el paciente se enfrenta a la tarea de reorganizar su vida diaria en los diferentes ámbitos como en el social, laboral, interpersonal, sexual y la familia. En este estudio se retoma el modelo de Lazarus y Folkman (5).

EL MODELO DE LAZARUS

Uno de los modelos más importantes y en que se basa gran parte de la investigación en psico-oncología es la teoría sobre estrés psicológico y procesos de afrontamiento desarrollada por Lazarus y cols en 1986.

Estos autores definen afrontamiento como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y y/o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo (5).

Proponen que los efectos psicológicos de cualquier relación entre sujeto y ambiente vienen modulados por dos procesos: (a) evaluación cognitiva y (b) afrontamiento (1), que tendrán consecuencias en las tres áreas que constituyen la calidad de vida del sujeto; funcionamiento social, ajuste psicológico y salud.

La teoría de Lazarus plantea que al interaccionar con el ambiente el sujeto realiza simultáneamente dos tipos de evolución cognitiva: primaria y secundaria. Mediante la evaluación primaria se interpretan los hechos como pérdida, amenaza o reto, y a través de la evaluación secundaria se evalúan las opciones de afrontamiento disponibles, cual es la mejor y los resultados que se obtendrán a base de expectativas de resultados positivos y eficacia. Ambos tipos de evaluación están influidos por factores personales y situacionales e interactúan determinando el nivel de estrés con base en grado de novedad del evento, incertidumbre en su ocurrencia, factores temporales, ambigüedad, el momento del ciclo vital en que ocurre y la presencia de otros eventos estresantes.

Las estrategias de afrontamiento diferirán dependiendo de su objetivo. Las centradas en la emoción serán re-evaluaciones que tenderán a dominar el malestar emocional (evitación, minimización, distanciamiento, comparación positiva) o conductas distractoras. Las estrategias centradas en el problema adoptan la forma de solución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costo-beneficio y ponerlas en práctica) y pueden operar sobre el mismo sujeto o el entorno (13).

Este modelo teórico plantea que la adaptación o ajuste al cáncer se basa especialmente en el proceso de afrontamiento, es decir, en el conjunto de respuestas cognitivas y comportamiento que el sujeto ha puesto en marcha ante el diagnóstico de cáncer y el tratamiento.

Las formas más adaptativas a largo plazo de afrontar el estrés provocado por la enfermedad son las que se relacionan con el máximo grado de control, tanto sobre la situación (control conductual), como sobre las propias emociones (control cognitivo), especialmente cuando se padece una enfermedad grave. Cuando la

persona percibe que posee un cierto grado de control, pone en marcha esfuerzos y acciones para conseguir resultados o modificar una situación adversa, evidenciando actitudes de optimismo, interés, atención y reacciones de búsqueda de información, planificación, solución de problemas y orientación hacia la acción. Esto supone un modo de afrontamiento asertivo, instrumental y de espíritu de lucha. Por el contrario cuando se juzga el control como imposible, se observan actitudes y reacciones de confusión, escape, negación, retraimiento, pasividad, con pesimismo, depresión o ansiedad, lo que da lugar a un estilo de afrontamiento pasivo con indefensión, desesperanza, resignación, fatalismo o evitación (14).

Adaptación como resultado

Si nos centramos en la adaptación entendida como resultado o producto, un criterio muy extendido para juzgarlo es la presencia de síntomas psicológicos (15) como alteraciones emocionales, manifestadas con niveles altos de ansiedad y depresión. Finalmente el grado de adaptación también se puede evaluar a partir del grado de funcionamiento del paciente. Los diversos criterios usados para evaluar la adaptación no tienen por que coincidir, por lo que un paciente puede aparecer como muy adaptado según un criterio y poco si se usa otro. Por esta razón el concepto de calidad de vida es de gran utilidad para evaluar la adaptación.

Mecanismos de afrontamiento y variables sociodemográficas

Existen determinados estudios que ponen de relieve la influencia de la edad sobre el tipo de estrategias que se utilizan frente al malestar (16, 17, 18,19). La mayoría de los trabajos proponen que los pacientes de mayor edad son los que utilizarán estrategias más activas, mientras que los más jóvenes harán un mayor uso de estrategias pasivas. Así la edad es una variable influyente en la represión emocional, de forma que los pacientes con más edad tenderán a inhibir sus emociones más frecuentemente que los jóvenes (20,21 ,22).

Por lo que se refiere a la represión emocional, son numerosas las investigaciones que la consideran una característica propia de los pacientes de cáncer (23,24, 25). De acuerdo con el modelo teórico, se conceptualiza la represión emocional, como un estilo de afrontamiento que influye en la elección de determinadas estrategias. De las estrategias para afrontar el estrés serán las activas o efectivas (26) caracterizadas por no molestar a los demás y no implicar a otras personas, las que se deriven de este estilo de afrontamiento cooperativo, que evita conflictos, suprime emociones y usa la represión como mecanismo de afrontamiento(27), mientras que el empleo de estrategias en las que se haga a otros partícipes de su proceso doloroso, es decir estrategias pasivas inefectivas, serán inusuales en pacientes con este estilo de afrontamiento.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, autores como Brown y Nicassio (1987), encontraron que los pacientes que utilizaban estrategias activas eran los que tenían a su vez puntuaciones más elevadas en el control propio de su dolor y de la salud en general, así como en auto eficacia; también tenían puntuaciones más bajas en depresión, desamparo y deterioro funcional (28). Sin embargo, aquellos que usaban estrategias pasivas mostraban mayor depresión, incapacidad funcional y desamparo, unido a altas puntuaciones en locus de control externo referido a la salud.

Además, estudios longitudinales (29) han mostrado que las estrategias activas poseen capacidad para predecir una adaptación positiva al estrés a largo plazo (6 meses), junto con una disminución del malestar, mientras que las estrategias pasivas estaban asociadas a una sintomatología depresiva más grave así como a una adaptación negativa al malestar en dicho período de tiempo.

CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que engloba el bienestar y la satisfacción, la presencia de síntomas tanto psicológicos como físico y el mantenimiento de actividades cotidianas. Mantener una buena calidad de vida supone mantener las capacidades funcionales y una satisfacción general, con bienestar físico y psicológico (30).

La opinión de muy diversos autores (31, 32,33) lleva a poder decir que hay un consenso en que la calidad de vida es un fenómeno subjetivo y debe ser el propio paciente quien valore su calidad de vida. Las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables, y diversos factores, además de los físicos, entran en juego al medir la calidad de vida. Por ejemplo, dos pacientes pueden entender de manera muy distinta el mismo alivio del dolor, si uno de ellos considera que es un signo de esperanza y el otro no. Además, puede que las valoraciones de los pacientes sean diferentes de las de los médicos, y también de las de los familiares.

Namir y cols (2), entienden también que hay casos en los que las personas cercanas al paciente pueden valorar la calidad de vida: cuando se busque complementar la valoración del sujeto, en ensayos en los que el funcionamiento físico o cognitivo del paciente se espera que empeore con el tiempo, o como parte de los estudios de validación de los instrumentos de calidad de vida.

Existen una serie de trabajos que comparan las valoraciones de calidad de vida por los pacientes y por otros informantes, y que apoyan que sea el propio paciente quien valore su calidad de vida. Presant(34) pedía evaluar a los médicos y a los pacientes el nivel de funcionamiento físico con la escala Karnofsky, y la Calidad de Vida en sus diferentes áreas. Al comparar los resultados, las correlaciones entre las

puntuaciones dadas por los profesionales y los pacientes eran bajas, siendo en general las puntuaciones de los médicos menores. Koocher y cols(35) evaluaron el nivel entre las valoraciones que los médicos y pacientes realizan de los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida. Encontraron niveles bajos de correlación entre las puntuaciones provenientes de los dos grupos de informantes, y variabilidad entre las observaciones de los diferentes médicos.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER

Con el empleo de los nuevos procedimientos y fármacos anti neoplásicos, se ha logrado aumentar el tiempo de vida de las pacientes. Sin embargo, este aumento del tiempo de vida no viene acompañado de un cambio cualitativo en la manera como las pacientes llevan su enfermedad (36,37).

Una manera de evaluar cómo las pacientes afrontan su enfermedad y cómo esta influye en sus capacidades mentales, físicas y sociales es a través de la calidad de vida (38). Se ha observado que las mujeres jóvenes tienen menor calidad de vida después del diagnóstico de cáncer, con respecto a las mujeres mayores, debido a la presencia de síntomas menopáusicos, problemas del desempeño sexual, imagen corporal y a los factores económicos y sociales (41). Asimismo, otro estudio muestra que las mujeres con cáncer de mama, dentro del rango de edad de 45 a 65 años de edad, no muestran mayor diferencia en la calidad de vida respecto a las mujeres sin cáncer de mama en este mismo grupo etáreo (39).

La calidad de vida es un buen indicador de la manera como siente el paciente que está llevando su enfermedad (40). En un trabajo realizado en Lima por Valle y cols (41), encontraron una prevalencia de 62% de buena calidad de vida. En mujeres jóvenes con cáncer de mama, se encuentra también una buena calidad de vida para este grupo de pacientes, siendo la molestia más acentuada los síntomas físicos que produce (42). Se ha encontrado una asociación entre el grado de instrucción y la calidad de vida (43,44) aunque no fue replicado por Valle.

Por calidad de vida recogemos la definición de Font (45) quien la entiende como la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos diferentes aspectos son funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios el tratamiento.

Métodos de evaluación (EORTC)

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (46), es un organismo internacional sin ánimo de lucro que fue fundado en 1962 por especialistas europeos en cáncer para desarrollar y coordinar la investigación en

Europa sobre las áreas clínica y experimental del tratamiento del cáncer y sus problemas relacionados. El objetivo de la EORTC es mejorar los tratamientos de cáncer a través del desarrollo de nuevos fármacos, así como, el de la evaluación de regímenes terapéuticos, que combinen fármacos que están actualmente en el mercado, con cirugía o radioterapia. Una investigación extensa y que recoja adecuadamente las diferentes áreas de un campo tan amplio como el cáncer está a menudo más allá de las capacidades de los laboratorios y hospitales europeos individuales, y puede ser llevada a cabo mejor a través de trabajos en los que participen investigadores y clínicos de diferentes disciplinas y naciones no sólo de Europa si no de el mundo, es por ello que se han retomado las escalas diseñadas por EORTC para la evaluación local del cáncer, como lo es la escala para medir calidad de vida en cáncer (QLQ C-30).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de cáncer de mama genera ansiedad y angustia, lo que ocasiona que la paciente utilice diversos mecanismos adaptativos o estilos de afrontamiento. El estudio actual propone dilucidar: ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento usados por las pacientes con cáncer de mamá? Y ¿Se relaciona algún tipo de mecanismo de afrontamiento con una mejor calidad de vida

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes oncológicos pasan por estados de estrés muy importantes, ya que su vida y por ende la calidad de vida se ve afectada de forma constante por el diagnóstico y el tratamientos. Existen pocos estudios en población mexicana que evalúan los mecanismos de afrontamiento usados (1) y el como repercuten estos en la calidad de vida. El conocer estos dos puntos es primordial para elaborar intervenciones que puedan reforzar mecanismos más eficientes en el afrontamiento de la crisis vital.

OBJETIVOS.

Objetivo principal.

1. Describir la asociación entre los diferentes mecanismos de afrontamiento y la calidad de vida.

Objetivos particulares

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra
2. Describir los diferentes mecanismos de afrontamiento en la población estudiada.
3. Describir si existe asociación entre los mecanismos de afrontamiento y la edad de las pacientes
4. Describir si existe asociación entre los mecanismos de afrontamiento y nivel de educación de las pacientes
5. Describir si existe asociación entre los mecanismos de afrontamiento y nivel socioeconómico.
6. Describir el perfil de calidad de vida de la muestra.
7. Describir si existe asociación entre calidad de vida y la edad de las pacientes
8. Describir si existe asociación entre calidad de vida y nivel de educación de las pacientes
9. Describir si existe asociación entre calidad de vida y nivel socioeconómico.

HIPÓTESIS.

H1, hipótesis de investigación: Se encontrará asociación entre mecanismos de afrontamiento y calidad de vida

Ho, hipótesis nula: No existirá asociación entre mecanismos de afrontamiento y calidad de vida.

ⁱ Urquidi LA, Montiel MM, Galvez MA. Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cancer de mama. Revista sonorensa de psicología. 1991; 13 (1):30-36.

DISEÑO Y DURACIÓN.

Es un estudio descriptivo de tipo transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS.

a. Criterios de inclusión.

1. Pacientes femeninos con diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio con seis meses de realizado el diagnóstico.
2. Que acudan a la clínica de cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología.
3. Que acepten participar en el estudio.

b. Criterios de exclusión.

1. Con diagnóstico psiquiátrico previamente establecido.
2. Que no sepan leer y escribir.

c. Criterios de eliminación

1. Que no terminen la aplicación de los instrumentos o se llenen de manera incompleta los que son auto aplicable.

d. Obtención de muestra

El total de pacientes accesibles que reunieron con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de seis meses que duro el estudio, las cuales fueron 53.

e. Definición de conceptual y operacional de variables:

a) Variables dependientes:

⇒ Calidad de vida. Definición conceptual: valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos diferentes aspectos serían los del funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios

de los tratamientos (Font). Definición operacional. Puntaje obtenido en la escala EORTC-QL 30. Cuantitativa discreta.

b) Variables independientes:

Estilo de afrontamiento.

Definición conceptual. Conjunto de acciones que toma una persona para adaptarse a un estresor.

Definición operacional: Mecanismo de afrontamiento con mayor puntaje obtenido en la escala de afrontamiento de Lazarus-Folkam. Nominal.

Edad:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido alguien desde su nacimiento.

Definición operacional: revisión de fechas de nacimiento consignadas en el expediente de la institución. Cuantitativa continúa

Ocupación

Definición conceptual: actividad remunerada de manera económica.

Definición operacional: actividad referida por el paciente por medio del cuestionario. Nominal Categórica

Estado civil.

Definición conceptual: relación que se guarda entre los ciudadanos.

Definición operacional: actividad referida por el paciente por medio del cuestionario. Nominal Categórica

Paridad

Definición conceptual: clasificación de una mujer por el número de nacidos vivos que ha parido.

Definición operacional: respuesta dada al cuestionario, dicotómica.

Nivel socioeconómico

Definición conceptual: Situación en que se asigna a una persona posterior a realizar un estudio donde se valoran los ingresos económicos de éstos.

Definición operacional: nivel asignado por la trabajadora social en el expediente clínico. Ordinal.

INSTRUMENTOS

Cuestionario de variables sociodemográficas.

Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 (34). Es un cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con cáncer. Fue creado por el grupo de calidad de vida de la Europea Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Consta de 30 ítems que se agrupan en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol. 15 ítems en total), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito. 7 ítems), una escala global de calidad de vida (2 ítems), ítems relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (5 ítems) y un ítem de impacto financiero. Las puntuaciones de cada una de las escalas son transformadas en un rango de 0 a 100. Una mayor puntuación en las escalas funcionales indicar una mayor funcionalidad y una superior puntuación en las escalas de síntomas, mayor nivel de sintomatología. La validez prueba contra prueba es adecuada en las diferentes subescalas (alpha de Cronbach mayor de 0,70), la validez de correlación inter-escalas fue estadísticamente significativa ($p < .01$) y la validación con el criterio clínico fue significativa ($p < .05$) (48). Se utilizó la versión traducida y validada al castellano por Arrarás y cols. (5) proporcionada por EORTC (49),

Escala de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman Esta escala fue elaborada por Lazarus y cols. Es auto-aplicable, conteniendo 67 frases afirmativas sobre aspectos conductuales, emocionales y sociables que son posibles de ser utilizados para afrontar situaciones estresantes. Cada afirmación debe ser contestada de acuerdo a un valor conceptual que describe el grado de utilización de la actitud allí descrita. Cada valor es traducido a un puntaje. El puntaje mayor corresponde a tres. Los índices de fiabilidad alfa para las diferentes subescalas van de 0.61 a 0.79, con una correlación moderada a baja entre las escalas ($r=0.39$) (17). Tiene una confiabilidad interna adecuada en la versión en español (50).

Moos y Billings (51) sugirieron tres dimensiones. El afrontamiento centrado en la evaluación que se asocia con la búsqueda de un significado para la situación estresante, la reflexión acerca de sus causas y posibles soluciones y la negación del malestar que general. El focalizado de la emoción tiene como finalidad controlar los sentimientos y mantener su equilibrio. El dirigido al problema se orienta a modificar o eliminar al estresor, manejar sus consecuencias u operar un cambio personal que permita arribar a circunstancias más favorables.

Cada dimensión cuenta con tres estrategias:

Afrontamiento centrado en la evaluación. Análisis lógico de las causas del problema, los pasos para resolverlo y sus posibles consecuencias; redefinición cognitiva de las circunstancias al adjudicarles un aspecto positivo o modificar prioridades y valores; evitación cognitiva o intento de negar la ansiedad, olvidar la situación y concentrarse en fantasías y deseos.

Afrontamiento centrado en el problema. Requerimiento de información o asesoramiento tratándose de un pedido de orientación y ayuda concreta a otras personas; ejecución de acciones que resuelvan el problema ya sea directamente o desarrollando habilidades, planes alternativos y compromiso para tal fin; desarrollo de gratificaciones o recompensa que incluye cambios en las relaciones sociales, actividades y lograr un desarrollo personal.

Afrontamiento centrado en la emoción. Control afectivo o manejo de los sentimientos surgidos a causa del estresor a fin de que no interfieran con otro aspecto de la vida; aceptación con resignación de la situación y con una sensación de imposibilidad para modificarla; descarga emocional a través de expresiones verbales, conductas como llorar fumar u otras, denota fracaso en el control de los sentimientos.

PROCEDIMIENTO

Se presentó el protocolo ante el comité de ética de el Instituto Nacional de Cancerología, siendo aprobado se inicio la captura de la muestra en el periodo de marzo a agosto del 2006, las 53 pacientes se obtuvieron de la consulta externa de la clínica de cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología, se aplicaron los instrumentos previo consentimiento informado en un periodo de 40 minutos por cada paciente, vaciándose en una base de datos en el programa SPSS realizando el análisis estadístico correspondiente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

- a) Pruebas de resumen (media, desviación estándar, rangos y porcentajes) para la descripción de la muestra.
- b) Comprobación de la hipótesis: χ^2 y coeficientes de correlación.

ÉTICA MÉDICA.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y por el Instituto Nacional de Cancerología.

Recursos disponibles.

Humanos: Investigador principal

Material. Papel, copias y material de cómputo para su realización.

Recursos a solicitar. Ninguno.

RESULTADOS.

La muestra obtenida fue de 53 pacientes. El promedio de edad fue de 45 años (+/- 5.9). Las variables demográficas se resumen en la siguiente tabla.

Cuadro I. Descripción de la población. (n=53)

	Frecuencia	Porcentaje
Edad	45.9 (+/- 5.97) promedio	
Escolaridad	8.73 (+/-4.18) promedio	
Estado civil		
Soltera	8	15.09%
Unión libre	4	7.55%
Casada	35	66.04%
Viuda	2	3.77%
Separada	4	7.55%
Ocupación		
Hogar	40	75.47
Empleada	13	24.53
Hijos		
Si	43	81.13%
No	10	18.87%
Origen		
Urbano	33	37.74
Rural	20	62.26
Nivel socioeconómico		
Bajo	19	34.5%
Medio	31	57.5%
Alto	3	8%
Residencia actual		
Urbana	44	83.02%
Rural	9	16.98%

En el cuadro I observamos que la mayor parte de la población es urbana, contra un pequeño porcentaje de población rural, la mayor parte de los pacientes tienen hijos y el 75% se dedican al hogar. La escolaridad promedio fue de 7 años, y más de la mitad fueron casados.

En la cuadro II se muestran los principales mecanismos de afrontamiento utilizados por las pacientes obtenidos por medio de la escala de Lazarus y Folkman.

Cuadro II. Principales mecanismos de afrontamiento en las pacientes.

Mecanismo	Frecuencia	Porcentaje
Desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas.	3	5.66%
Aceptación con resignación	10	18.87%
Redefinición cognitiva	17	32.08%
Requerimiento de información o asesoramiento	19	35.85%
Control afectivo	3	5.66%
Evitación cognitiva	1	1.89%

A continuación se hace una breve descripción de las características de los mecanismos de afrontamiento usados en nuestra muestra.

Desarrollo de gratificaciones o recompensas: Implica cambios en las relaciones sociales, actividades y el desarrollo personal para lograr más satisfacciones personales compensando el factor estresante.

Aceptación con resignación de la situación y de la imposibilidad de modificarla, se observa indefenso ante la situación estresante.

Redefinición cognitiva de las circunstancias al adjudicarles un aspecto positivo o modificar prioridades y valores. Este mecanismo esta basado en el afrontamiento centrado en la evaluación del problema.

Requerimiento de información o asesoramiento. Se realiza un pedido de orientación y ayuda concreta a otras personas, por ejemplo médicos.

Control afectivo o manejo de los sentimientos surgidos a causa del estresor a fin de que no interfieran con otro aspecto de la vida.

Evitación cognitiva o intento de negar la ansiedad, olvidar la situación y concentrarse en fantasías y deseos.

Se puede observar en el cuadro II que un tercio de los pacientes utilizaba la redefinición cognitiva como principal mecanismo de afrontamiento, y el otro tercio de pacientes utilizaba el requerimiento de información o asesoramiento. Existieron mecanismos como el análisis lógico, evitación cognitiva, ejecución de acciones para resolver los problemas y la descarga emocional que no fueron usados por los pacientes como principal estilo de afrontamiento.

En el cuadro III se observa la descripción de los datos obtenidos en la escala EORTC QLQ C-30. El promedio se encontraba en 57.58

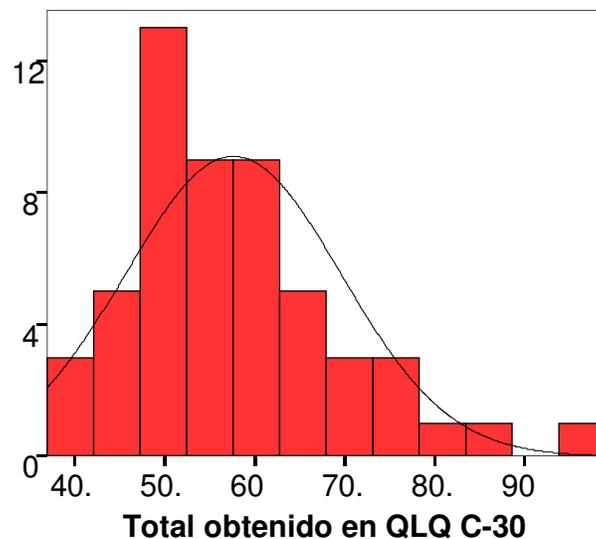
Cuadro III. Resultados de EORTC QLQ C-30

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Total	53	37.00	99.00	57.5849	11.99749

En la grafica I se muestra la distribución de la puntuación obtenida en la escala EORTC QLQ C-30. Observamos que la mayor parte de las pacientes se encuentran comprendidas entre los cincuenta a sesenta puntos.

Grafica I. Distribución del puntaje obtenido en QLQ C-30.

Número de pacientes



En el siguiente cuadro VI se observa el promedio obtenido de los niveles de funcionamiento y malestar en la población por medio del QLQ C30

Cuadro VI. Estadística descriptiva de los niveles de funcionamiento y malestar

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Funcionamiento	53	33	92	48.03	11.06
Malestar	53	15	41	24.71	6.04

En el cuadro V se resumen lo encontrado en el análisis bivariado, donde se encuentra la asociación de correlación entre lo obtenido en QLQ C-30 para calidad de vida y la escala de afrontamiento de Lazarus-Folkman por mecanismo de afrontamiento. Se observa que existen asociación significativa con descarga

emocional ($p= 0.024$), control afectivo ($p=0.019$), análisis lógico ($p=0.037$). El resto de los mecanismos no mostró una correlación significativa.

Cuadro V. Correlación entre la escala QLQ C-30 y Mecanismos de Afrontamiento de Lazarus-Folkman.

Mecanismo de Afrontamiento	Correlación	Significancia
Análisis Lógico	.288	.037*
Redefinición cognitiva	.041	.722
Evitación Cognitiva	.030	.834
Requerimiento de información	.145	.310
Ejecución de acciones para resolver los problemas	.137	.329
Desarrollo de gratificación y recompensas	.019	.892
Control afectivo	.322	.019*
Aceptación	.136	.333
Descarga emocional.	.310	.024*

* Valor significativo

Al realizar la correlación entre los mecanismos de afrontamiento de Lazarus-Folkman y el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 por ítem se encontró una correlación significativa con los siguientes ítems mostrados en el **cuadro VI**.

Cuadro VI. Correlación significativa entre tipo de mecanismo de afrontamiento e ítem de la escala de Lazarus-Folkman.

Tipo de afrontamiento	Ítem de QLQ-C30*
Análisis lógico	1 ($p=.017$), 9 ($p=0.30$), 18 ($p=.010$), 19

	(p=.004), 21 (p=.012), 22 (p=.010), 24 (p=0.35)
Redefinición cognitiva	23 (p=.028)
Evitación cognitiva	Sin Correlación
Requerimiento de información	10 (p=.039)
Ejecución de actividades	17 (p=.009)
Desarrollo de gratificación y recompensa.	3 (p=.032), 11 (p=.024), 17 (p=.004), 25 (p=.007)
Control afectivo	1 (p=.034), 10 (p=.022), 18 (p=.035), 25 (p=.007)
Aceptación	Sin correlación
Descarga	5 (p=.003), 10 (p=.036)

*Descripción de cada ítem:

Función física: 1 a 5

Rol de funcionamiento: 6 a 7

Funcionamiento emocional: 21 a 24

Funcionamiento cognitivo: 20 a 25

Funcionamiento social: 26 a 27

Fatiga: 10, 12, 18

Nausea y vomito: 14, 15

Dolor: 9 a 19

Disnea: 8

Insomnio: 11

Constipación: 16

Diarrea: 17

Dificultades financieras: 28

Las pacientes que tienen un estilo de afrontamiento de tipo análisis lógico presentan una correlación con mejor función física y mejor función emocional aunque mayor malestar (cada ítem corresponde respectivamente a los siguientes apartados: 1=si existe alguna dificultad para hacer actividades, 9= dolor, 18=cansancio, 19=interferencia de las actividades por dolor, 21=nerviosismo, 22=ansiedad y 24=tristeza).

Las pacientes que tenían como estilo principal la redefinición cognitiva presentaban correlación con el ítem 23 que se refiere menor irritabilidad.

Los pacientes con el estilo de requerimiento de información se correlacionaban con fatiga. El mecanismo de ejecución de acciones, se correlacionaba con alteraciones gástricas (diarrea).

El puntaje de desarrollo de gratificación y recompensa estuvo correlacionado con mejor función física, presencia de insomnio, diarrea y menor alteración cognitiva (el ítem se refiere a olvidos frecuentes). El control afectivo se correlaciono con mejor función física, menor cantidad olvidos, pero más fatiga. Una alta puntuación en

descarga emocional se correlaciono con la necesidad de otros para realizar las actividades cotidianas y con fatiga.

En el cuadro VII se realiza la correlación entre los mecanismos de afrontamiento y la funcionalidad. Se puede observar que el control afectivo esta correlacionado con la funcionalidad ($p=0.031$) y el análisis lógico se encontró muy cercano a la significancia ($p=0.051$).

Cuadro VII. Correlación entre funcionalidad obtenida por QLQ C-30 y estilos de afrontamiento.

Estilos de afrontamiento	Funcionalidad	Significancia
Análisis lógico	.270	.051**
Redefinición cognitiva	-.027	.846
Evitación cognitiva	.044	.756
Requerimiento	.085	.546
Ejecución	.059	.677
Desarrollo	-.034	.807
Control afectivo	.297	.031*
Aceptación	.131	.351
Descarga emocional	.215	.122

En el cuadro VIII se muestran los datos obtenidos de la correlación entre malestar obtenido por QLQ C-30 y los mecanismos de afrontamiento. El análisis lógico es el único que mostró correlación significativa con el malestar ($p=0.035$).

Cuadro VIII Correlación entre malestar y mecanismo de afrontamiento

Estilos de afrontamiento	Funcionamiento	Significancia
Análisis lógico	.291	.035*
Redefinición cognitiva	.007	.960
Evitación cognitiva	.014	.923
Requerimiento	.147	.295
Ejecución	.041	.769
Desarrollo	-.092	.511
Control afectivo	.192	.169
Aceptación	.164	.239
Descarga emocional	.106	.449

DISCUSIÓN.

En este estudio se encontró que la población tenía un promedio de edad de 45 años, coincidiendo con lo reportado a nivel nacional (29). Se ha corroborado que la morbi-mortalidad por cáncer de mama se eleva después de los 35 años, la mayor parte de la población era residente del DF. El promedio de escolaridad era de 7 años, es decir casi toda la población tenía la educación básica concluida. La mayor parte vivía en el área urbana, con un estado socioeconómico medio. Se estratificó a la población en base al estudio de trabajo social, dividiéndose en un rango de estrato bajo, medio y alto mostrando una distribución tendiente a la homogeneidad.

Existen diferentes estudios que demuestran que la edad tiene una estrecha relación con el tipo de estrategias que se usa frente al malestar (20-23), es de esperar, dado que nuestra muestra entra en un rango de edad adulta, que tiendan a usar mecanismos tendientes a una actitud activa y eficiente; coincidiendo con los estudios previos (20-23) encontramos que nuestra muestra se caracterizó por usar mecanismos eficientes, como fueron: redefinición cognitiva y búsqueda de información, aunque también una proporción uso mecanismos de tipo pasivo, que fue aceptación con resignación. Como veremos más adelante estos mecanismos tuvieron estrecha relación con la calidad de vida, debemos suponer que el predominio de mecanismos activos o eficientes también se explica por que se encuentran en una edad madura además de características idiosincrásicas en la población mexicana frente a la enfermedad, ya que en un estudio realizado en pacientes mexicanas con Lupus Eritematoso Sistémico encontraron un perfil de mecanismos de afrontamiento parecido al reportado en este estudio, caracterizados también por un abordaje basado en el problema (52), es decir eficiente, si bien la comparación debe tomarse con reservas dada la diferencia en el diagnóstico.

En el modelo propuesto de Lazarus (1) los dos primeros mecanismos de afrontamiento se encuentran dentro del control cognitivo, como refiere Lazarus cuando la persona percibe un cierto grado de control, pone en marcha esfuerzos y acciones para conseguir algún resultado o modificar una situación adversa, este supone un modo de afrontamiento asertivo, que reafirma al individuo.

Se describe que los mecanismos activos o eficientes caracterizados también por la represión emocional o control emocional son los que usan principalmente las pacientes con cáncer (27-29), nuestro estudio coincide con estos datos ya que este mecanismo de afrontamiento lo cumplen casi el 60% de las pacientes, y nos habla de que en general son pacientes que tienden a luchar contra la enfermedad y tratar de contender con todo lo que implica el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer.

Dentro de los mecanismos de afrontamiento considerados por Lazarus como ineficientes se encuentra en nuestra muestra en primer lugar la aceptación con resignación (18%), este resultado no coincide con el estudio en pacientes con Lupus (56), donde se encontraba dentro de los mecanismos ineficientes la evitación cognitiva (6%). El mecanismo de aceptación con resignación supone que no existe posibilidad de control y por ende se observan actitudes y reacciones de confusión, escape, negación y pasividad, donde se percibe una sensación de indefensión o resignación ante los sucesos. En estudios previos se ha visto que esta población es susceptible a tener alteraciones psiquiátricas como ansiedad y depresión (53), es importante tomar en cuenta este punto ya que el porcentaje de las pacientes es relativamente alto, considerándolas una población vulnerable que requiere intervenciones inmediatas para mejorar tanto la calidad de vida y la formas de adaptación. Los otros tres mecanismos usados fue el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, evitación cognitiva y control afectivo. También son considerados las dos primeras formas de afrontamiento ineficientes y el último, es decir, el control afectivo como eficiente.

En cuanto a los datos obtenidos en calidad de vida, podemos observar que el promedio obtenido era de 56.5, al realizar la división por categorías observamos que la funcionalidad se mantiene de un rango regular con un promedio de 48, y rangos que iban desde 33 a 92. Esto explica que la mayor parte de las pacientes tienen una funcionalidad regular, probablemente explicado por que se encuentran bajo tratamiento inicial, no tienen más de seis meses de diagnóstico y que aún no hayan usado los mecanismos de afrontamiento en la totalidad, pero coincide con los reportes previos (42, 43) ya que se ha observado que las mujeres con edades promedio menores de 45 años, como nuestra muestra, tienen peor calidad de vida que las mujeres mayores (de 45 a 65 años) que también padecen cáncer.

En el estudio realizado en Lima (45) encontraron una calidad de vida mejor que la encontrada en nuestro estudio, aunque las pacientes tenían altos niveles de ansiedad y depresión. Al observar los resultados de malestar, encontramos que estos se encuentran relativamente bajos, con un punto mayor de 45. Esto es contradictorio pues era de esperarse que tuvieran una mayor calidad de vida si tienen niveles bajos de malestar. Se explica ya que la calidad de vida engloba el bienestar y la satisfacción, tal como lo propone Adams (34), no solamente la presencia de malestar físico provocado por la enfermedad o el tratamiento. Otros factores como red de apoyo, funcionamiento familiar y recursos personales tendrán relación con la calidad de vida. Una limitación del estudio es que no se valoro también estas variables, ni se tomo en cuenta personalidad.

Dado que en estudios longitudinales (33) han demostrado que las estrategias activas tienen una mejor adaptación positiva al estrés a largo plazo, una de las intervenciones a plantear en un futuro sería la evaluación constante del malestar

por parte del clínico para tratar de aminorar la mayor parte de los síntomas, aunque como hemos visto no quiere decir que mejoremos en automático la funcionalidad. Una limitación del estudio es que no se realizó un seguimiento de las pacientes en calidad de vida, sería idóneo realizarlas al momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en la sobre vida.

En cuanto a la correlación entre los resultados del QLQ C-30 y los mecanismos de afrontamiento, encontramos que los dos únicos que fueron significativos eran: análisis lógico y control afectivo. El análisis lógico caracterizado principalmente por buscar las causas del problema, los pasos para resolverlo y sus posibles consecuencias nos hablan de un mecanismo eficiente que tiende a ser asertivo, el control afectivo realiza el manejo de sentimientos surgidos del estresor a fin de que no interfieran con otros aspectos de la vida y se puede considerar una estrategia activa.

Coincidiendo con los hallazgos de Brown y Nicassio (32), los pacientes que utilizaban estrategias más activas eran los que tenían a su vez puntuaciones más elevadas en la auto eficacia, puntuaciones mas bajas en depresión, desamparo y deterioro funcional, nosotros encontramos los mismos datos al realizar el análisis. La funcionalidad se correlaciono de manera significativa con el análisis lógico y control afectivo. Es decir que las pacientes que se caracterizan por buscar causas y solucionar los problemas en base a la lógica y búsqueda de información tienen mejor funcionalidad. Esto se corrobora también en el estudio realizado en Lima (45) aunque el autor lo atribuye más a la atención que reciben las pacientes y el trato.

En cuanto al malestar, este se correlaciona de manera positiva con el análisis lógico, que resulta un poco inesperado y no coincide con lo reportado en investigaciones previas (32, 33) que refieren debería presentarse una disminución en el malestar. Al parecer entender las causas y resolver los problemas tiene relación con una percepción de malestar mayor. Es probable que la adecuada detección de los síntomas físicos tenga que ver también con resolverlo y por ende tener una mejor funcionalidad. Aunque será necesario realizar investigaciones en esta línea de investigación para observar si los resultados son consistentes.

Al realizar la correlación entre mecanismos de afrontamiento y número de ítem de el QLQ-C30, observamos que habían dos mecanismos de afrontamiento que no tenían una correlación, estas eran: Evitación cognitiva y aceptación con resignación. La aceptación con resignación es aceptar la situación y considerar que es imposible de modificar, la evitación cognitiva es un intento de negar la ansiedad, olvidar la situación y concentrarse en fantasías y deseos. Estos dos mecanismos son considerados por Lazarus como inefectivos, ignorando la situación estresante o aceptar la situación sin considerar la posibilidad de controlarla. Los podremos considerar como mecanismos donde el paciente permanece pasivo ante la situación

estresante, y de ahí, quizás su falta de correlación ante la actitud pasiva del paciente, aunque no coincide con lo reportado por Brown (32), ya que esperaríamos encontrar una correlación con mayor presencia de ansiedad, depresión y peor funcionalidad. Probablemente estas dos actitudes no ayudaran al paciente a tener un mejor pronóstico ya que como se refiere en estudios previos y como hemos observado, los mecanismos de afrontamiento activo tienen mejor pronóstico (54), calidad de vida y funcionamiento (55).

CONCLUSIÓN.

- 1) En una muestra de 53 pacientes mexicanas con diagnóstico de Cáncer de mama, se encontró que la edad promedio era de 45 años siendo consistente con otros estudios, esta población tiene predominantemente mecanismos de afrontamiento eficientes, usaron en especial el mecanismo de redefinición cognitiva y requerimiento de información y asesoramiento. El mecanismo definido como ineficiente usado de manera predominante en la muestra era la aceptación con resignación.
- 2) La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama puede ser definida como regular a pobre.
- 3) Se encontró correlación entre el mecanismo de control afectivo, análisis lógico y descarga emocional con los resultados de la escala de EORTC QLQ - C30, lo que hace válida la hipótesis de investigación. El control afectivo y el análisis lógico estaban relacionados con una mejor funcionalidad aunque con mayores índices de malestar.
- 4) Nuestro estudio es valioso porque no existen estudios formales similares en México y pocos en la documentación internacional que aborden los mecanismos de afrontamiento con la calidad de vida. Por lo que puede dar pie a un tratamiento integral, conductual y mejorar los mecanismos de afrontamiento para trabajar con esta población.

Bibliografía

1. Arraras JL, Llaramendi JJ, Valrdi J. El cuestionario de calidad de vida para cancer EORTC QLQ C30. Estudio estadístico de validación de una muestra española. Revista de psicología de la salud. 7:13-34.
2. Boring c, squires t, tong t.: Cancer around the world, 1986-1988. Cancer statistics. Cancer J Clin 1992;42:19-38.
3. Jemal A. Murria T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statustucs 2003. J clin 2003; 53:5-26.
4. Dirección general de epidemiología. SSA. Compendio de Cancer, México 2000.
5. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cancer. Datos nacionales. México, en <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/cancer07.pdf>
6. Mohar A, Frías M, Suchil L, Mora T, De la Garza M. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud pública Méx vol.39 n.4 Cuernavaca July/Aug. 1997. p-23-34
7. Osowiecki, Dana y Compas,E.(1999). A Prospective Study of Coping, Perceived Control, and Psychological Adaptation to Breast Cancer.Cognitive Therapy and Research, Vol.23, No.2,1999,pp.169-180.
8. Elliot, G. y Eisdorfen, C. (1982). Stress and human health. Nueva York: Springer.
9. Tross S, Holland JC. Psychocological sequeale in cancer survivors. En JC Holland y JH Rowland (eds) Handbook pf psychooncology. Oxford University Press. Nueva York, cap 3: 25-34.
10. Rowland JH. Development stage and adpatation: adult model. En JC Holland y JH Rowland (eds) Handbook pf psychooncology. Oxford University Press. Nueva York, cap 3: 35-43
11. Jimmie Holland y Julia Rowland Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer. 1989, p 134.

12. Folkman S y Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*; 10:1-18
13. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology* 1986; 50:992-1003.
14. Folkman S y Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness. When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*; 9:11-19.
15. Derogatis L. The psychosocial Adjustment to illness scale. *Journal of psychosomatic research*. 30:77-91.
16. Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 2-21
17. Felton, B. y Revenson, T. (1987). Age differences in coping with chronic illness. *Psychology and Aging*., 2 164-170.
18. Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45 161-
19. Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G. y Keefe, F.J. (1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 725-731.
20. McConatha, J.; Lightner, E. y Deanre, S. (1994). Culture, age and gender as variables in the expression of emotions. *Journal of social behavior and personality*, 9(3) 481-488
21. Fernández-Ballesteros, R. y Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(4) 447-464
22. Ramírez, C.; Esteve, R.; López, A. y Anarte, M. (1997). Influencias de las variables género, edad, nivel educativo en el patrón comportamental Tipo C. Comunicación presentada en el 1er Congreso de la Sociedad española de Diferencias Individuales. Madrid, 6-9 de Noviembre, 1997

23. Cox, T. y Mackay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers. *Social and Science Medicine*, 16 381-396.
24. Greer, S. y Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer. Psychological considerations. *Social and Sciences Medicine*, 20 773-777
25. Temoshock, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3) 545-567
26. Brown, G. K., Nicassio, P.M. y Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 652-657
27. Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16 167-215
28. Riquelme, A.; Buendía, J. Y Rodríguez, M.C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1) 83-89
29. Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31 53-65
30. Adams SG, Brito D, Godding PR, Khansura TI, Sprangers MA. For the EORTC Study group on quality of life. EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology: an update. En B Spilker (ed) *Quality of life and pharmaco economics in clinical trials*. 2es. Raven Press. Nueva York 1995.
31. Ganz PA, Lorna K, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Mayerowitz BE. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J nat cancer inst* 2004; 96:76-87.
32. Blasco T. Variables psicológicas como predictoras de la intensidad de náuseas en pacientes que reciben quimioterapia. *Oncologia* 2000; 23: 333-336
33. Osowiecki D, Compas BE. Psychological adjustment to cancer: control, beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive therapy and research*, 1998; 2:438-499.

34. Presant CA. Quality of Life in cancer patients. Who measures what?. *Am J Clin Oncol* 1994, 7: 571-573.
35. Koocher GP, O'Malley JE. The Damocles syndrome. Psychosocial consequences of surviving childhood cancer. 1981 New York. Mc Graw Hill
36. Brennan J. Adjustment to cancer-coping of personal transition?. *Psycho oncology* 10, 1-18.
37. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness. *Psycho-oncology*; 9:11-19
38. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005; 23(15) :3322-27
39. Conde D, Pinto-Nieto A, Cabello C, Danielle S. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause.* 2005;12(4):436- 43.
40. Schwartz K, Zapata-Vega M, Mezzich J, Mazzotti G. Validation study of the multicultural quality of Life (MQLI) in a Peruvian sample. *Rev Brasileira Psiquiatria.* 2006;28(1):24-8.
41. Valle R, Zúñiga M , Tuzet C, Martínez C, De la Jara J, Aliaga R, Whittembury A. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama *An Fac Med Lima* 2006; 67(4)
42. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-9.
43. Ganz P. Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol.* 2005;21:4027-33.
44. Geiger AM, West C, Nekhlyudov. Contentment with quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy. *J Clin Oncol.* 2006;24(9):1350-57
45. Winnicot WD. El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Ed Paidós. *Psicología profunda* 1993.
46. Maguire GP. The psychological impact of cancer. *Briths Journal of Hospital Medicine* 1989; 2:123-31.

47. Urquidi LA, Montiel MM, Galvez MA. Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cancer de mama. *Revista sonorense de psicología*. 1991; 13 (1):30-36.
48. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N y cols. The European Organization research and treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life Instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-376
49. EORTC. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual Brussels, BELGIUM. 2001, 3era edición EORTC Data Center. p. 12
50. Frydenberg E. y Lewis R. ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. Madrid (1997) TEA Ediciones.
51. Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Bresnitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: The Free Press
52. Neri GM, Lavielle SP, Guzmán Vázquez S, Duarte SC, 5Jara Quezada LJ. Estilos de afrontamiento (EA) a la enfermedad en pacientes mexicanas con lupus eritematoso sistémico (LES). Congreso Mexicano de Reumatología. Enero 2002.
53. Taylor SE, Armor Da. Positive illusion and coping with adversity. *Journal of personality* 1996; 64 (4): 873-898.
54. Greer, S. y Watson, M. Towards a psychobiological model of cancer. Psychological considerations. *Social and Sciences Medicine* 1985; 20: 773-777
55. Parra J, Esteve R, López A. Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema* 2000; 12 (3):339-345