



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
Unidad de Medicina Familiar N. 20 Vallejo**

**“ASOCIACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE APOYO CONYUGAL,  
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES  
CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
DRA. PINZÓN RIVERA IVETTE DOLORES**

**ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO  
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**Generación 2014-2017**

**CIUDAD DE MEXICO**





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.



**ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**  
**UMF NO. 20 VALLEJO IMSS**



**Vo.Bo.**

---

**DRA. SANTA VEGA GARCIA**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINAFAMILIAR**  
**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSODE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**  
**UMF NO. 20 VALLEJO IMSS**



**Vo.Bo.**

---

**DR. GIL O MAXIMO**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINAFAMILIAR**  
**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSODE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**  
**UMF NO. 20 VALLEJO IMSS**



## DEDICATORIAS

A Dios porque me dio la oportunidad de vivir esta vida tan maravillosa y a pesar de todos los obstáculos que se me han presentado, me han dejado tantas enseñanzas.

A mi mamá Ma. Dolores por ser el pilar fundamental para consolidar y culminar mi carrera como profesionista, por siempre estar ahí, por siempre apoyarme y demostrarme que a pesar de ciertas limitaciones nunca hay obstáculo para algo si te lo propones y sobre todo por brindarme todo el apoyo como una segunda mamá para mi hijo.

A mi hijo Ithan por ser el motor de mi vida, la personita más importante, quien hizo que mi vida diera un giro de 360 grados, quien me ha dado tantas lecciones a pesar de su corta edad, quien dio y sigue dando felicidad a mi vida. Por siempre esperarme con los brazos abiertos y darme mucho amor.

A mi hermano Freddy por ser alguien espontáneo y sincero.

A mi papá que aunque ya no está conmigo me enseñó a ser fuerte, a cumplir mis metas, a ser una persona de bien una persona que sabe valerse por sí misma.



## AGRADECIMIENTOS

A la vida por permitirme vivir tantas experiencias y aprender de cada una de ellas.

A mi madre por ser mi más grande tesoro y apoyo.

A mi hijo por darme esa luz que se había apagado en mi vida.

A mis coordinadoras del curso de especialización la Dra. Carmen Aguirre García y Dra. Santa Vega Mendoza por todas sus enseñanzas para nuestra formación y sobre todo esas enseñanzas de terapia familiar que nos sirvieron tanto inclusive en nuestras vidas propias.

A mis amigas Hilda y Laura por ser parte de mi formación, por haber compartido tantas alegrías, tristezas, enojos y llantos que nos han hecho crecer como personas y como profesionistas.

A mis amigas Jessy y Faby porque a pesar de nunca pensar que seríamos tan compatibles, me demostraron que no eran como parecían, terminaron haciendo de la residencia la más divertida a su lado.



---

## INDICE

I.	TITULO.....	8
II.	RESUMEN.....	9
III.	MARCO TEORICO.....	11
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
V.	OBJETIVOS.....	20
VI.	JUSTIFICACION.....	21
VII.	HIPOTESIS.....	23
VIII.	SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	24
IX.	RESULTADOS.....	32
X.	DISCUSION.....	44
XI.	CONCLUSIONES.....	47
XII.	RECOMENDACIONES.....	49
XIII.	BIBLIOGRAFIA.....	50
XIV.	ANEXOS.....	53



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20

Tesis

---

**“ASOCIACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE APOYO CONYUGAL,  
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES  
CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA”**



---

## Asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama

---

°° Pinzón-Rivera Ivette Dolores<sup>1</sup>; Aguirre-García María del Carmen<sup>2</sup>

1 Médico Residente de Medicina Familiar UMF No.20

2. Médico Familiar. Maestra en Ciencias de la Educación UMF No. 20 °°

**Introducción:** El cáncer de mama es un problema de salud pública y mundial, considerada como la principal neoplasia que presenta la población mexicana de 20 años y más. Es una patología crónica con gran repercusión sobre el estado psicológico del paciente, es un acontecimiento estresante que supone una amenaza para el curso vital de la persona a distintos niveles, con cambios fisiológicos directos, psico-neuro-inmunológicos y endocrinos, lo cuales repercutirán directamente sobre el estado de salud y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama. **Material y métodos:** Estudio transversal, analítico. Previo consentimiento informado en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama de más de 6 meses; se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, datos conyugales, Inventario de pareja (apoyo conyugal), Instrumento de afrontamiento e Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa). Se utilizó estadística analítica y  $\chi^2$ . **Resultados:** Edad media 56.04 años, bachillerato 34%, casadas 82%, católica 78%, amas de casa 68%, media de diagnóstico en meses de 30.08, quimioterapia 88%, media de tiempo de pareja 30.38 años, 0-2 hijos 50%, > 3 hijos 50%, estrategias de afrontamiento altas en resolución de problemas 60%, pensamiento desiderativo 44%, reestructuración cognitiva 52%, menor aislamiento 44%, menor distorsión en la percepción corporal 32%, mayor apoyo familiar 58% y menor afectación en tiempo libre 36% y vida cotidiana 34%. **Conclusión:** Se demostró que el apoyo expresado por parte de su pareja sentimental disminuye el aislamiento y la dependencia médica y que el utilizar mecanismos de afrontamiento eficaces impactan de manera positiva en disminuir el aislamiento, menor distorsión de la percepción corporal, mejor actitud ante el tratamiento, mayor satisfacción en la vida cotidiana, mejoran la relación con el médico y mejoran las redes sociales.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento, calidad de vida.



## Association between perception of spousal support, coping mechanisms and quality of life in women diagnosed with breast cancer

**Introduction:** Breast cancer is a public and global health, considered as the primary neoplasm that presents the Mexican population 20 years and over. It is a chronic disease with great impact on the psychological condition of the patient, is a stressful event that poses a threat to the life course of the person at different levels, with neuro-immune psychosocial and endocrine, direct physiological changes, which will directly affect on the health and quality of life of patients with breast cancer. **Objective:** To evaluate the association between perception of spousal support, coping mechanisms and quality of life in women diagnosed with breast cancer. **Material and Methods:** Cross-sectional, analytical study. Prior informed consent in women diagnosed with breast cancer more than 6 months; a charter of socio-demographic data, marital data, Inventory couple (spousal support), Instrument coping and Inventory Quality of Life and Health (InCaVisa) was applied. Chi2 and analytical statistics were used. **Results:** Average age 56.04 years, high school 34%, 82% married, 78% Catholic, 68% housewives, diagnostic average of 30.08 months, chemotherapy 88%, average 30.38 years time partner, 0-2 children 50 %> 3 children 50%, strategies high coping problem solving 60%, wishful thinking 44%, cognitive restructuring 52%, less isolation 44%, less distortion in body perception 32%, greater family support 58% and less time involvement in everyday life 36% and 34%. **Conclusion:** It was shown that the support expressed by her partner decreases isolation and medical unit and that using mechanisms of effective coping positively impact on decreasing isolation, less distortion of body perception, better attitude to treatment , greater satisfaction in daily life, improve the relationship with the doctor and improve social networks.

**Keywords :** Breast cancer, spousal support , coping mechanisms , quality of life.



### III. MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea con una etiología compleja, caracterizada por alteraciones genéticas que resultan en un crecimiento celular no controlado. La transformación maligna es un proceso multietápico en el que la acumulación de una secuencia de alteraciones genéticas lleva a las células a un estado de proliferación descontrolada e invasión. <sup>(1)</sup>

Se define como el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse. <sup>(2)</sup> Una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100-300 días; aproximadamente una neoplasia de mama de 1cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. <sup>(2)</sup>

Es en la actualidad una enfermedad de gran magnitud, considerada como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. <sup>(3,4)</sup> En el mundo, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer; desplazando al cáncer cervico-uterino. La incidencia se proyecta en aumento y la mayoría de los casos tendrán origen en los países en vías de desarrollo, dicha incidencia se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, etapa en que el ritmo de crecimiento disminuye. <sup>(5)</sup>

El riesgo más importante para sufrir cáncer de mama es ser mujer, la relación de cáncer de mama entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1, otros factores de riesgo son: Inicio temprano de la menarca o menopausia tardía, el inicio de la vida reproductiva después de los 30 años, la lactancia materna nula o de corta duración, el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años, la obesidad, la exposición a radiación, historia familiar de cáncer de mama y mutaciones genéticas BRCA1 y BRCA 2. <sup>(6)</sup> Es una patología emergente asociada al envejecimiento y a estilos de vida poco saludables, así como a los cambios en los patrones reproductivos: la alimentación rica en grasas y carbohidratos, la inactividad física y el consiguiente sobrepeso constituyen factores de riesgo. <sup>(7)</sup>



A nivel internacional una de cada ocho mujeres tiene o va a desarrollar el cáncer de mama en el lapso de su vida, es decir, que el 12% de la población femenina actual en el mundo va a presentar esta enfermedad. <sup>(7)</sup> De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama, que a nivel mundial representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos. Para el año 2012 se diagnosticaron 1.7 millones de casos nuevos a nivel mundial y se estima que para el 2020 existirán 2 millones de casos nuevos diagnosticados a nivel mundial. Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en países desarrollados, pero tiene mayor impacto en la población de países de bajos y medios ingresos como México, debido al aumento en la esperanza de vida, la urbanización y cambios en el modo de vida. Para reducir el impacto de esta enfermedad entre la población, la OMS afirma que la detección temprana es una estrategia fundamental para el diagnóstico, tratamiento y control oportuno (OMS, 2012). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe; estima que en 2008 se diagnosticaron poco más de 320 mil mujeres con este padecimiento y calcula que para 2030 se incrementará 60%. (OPS 2012) <sup>(8)</sup>

Las tasas de incidencia varían de 19.3 por cada 100 000 mujeres de África Oriental a 89.9% por cada 100 000 mujeres en Europa Occidental, y son elevadas en las regiones desarrolladas del mundo (excepto Japón) y bajas en la mayoría de las regiones en vías de desarrollo. <sup>(1)</sup> Estados Unidos encabeza la lista de nuevos casos durante el 2012 con 232 mil 714 calculados, 1 de cada 8 mujeres estadounidenses desarrollará cáncer de mama en algún momento de su vida. De acuerdo con la American Cancer Society, la mayoría de los casos en Estados Unidos son detectados y tratados en etapas tempranas y la tasa de supervivencia a 5 años es de 98%. <sup>(5)</sup>

En América Latina y el Caribe, este cáncer es más frecuente en mujeres de 40-75 años de edad se ha observado que más de 43 mil 208 mujeres mueren cada año de cáncer de mama y, más de 152 mil 59 casos son reportados, Para 2020 existirán 190 mil 127 nuevos casos, lo que representará un aumento de 25% con una proyección de 55 mil 25 muertes. <sup>(5)</sup>



En México, a partir del año 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer. Según datos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2009 ocurrieron 4,964 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Según las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2010, este grupo sería de 16,778, 929 con un porcentaje de 12.6% de los 40 a los 49 años y de 13.6% de los 50 a los 69 años. Para el año 2020 las mujeres en estos grupos alcanzarán 22, 545, 450 con el 14.0% y 18.4%, respectivamente. Estos incrementos permiten anticipar las necesidades que el Sistema Nacional de Salud tendrá para la detección y atención del cáncer de mama. <sup>(9)</sup>

En México se da una muerte cada 2 horas, en el 2011 murieron 5 mil 213 mujeres. Es la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad. Se estima que para el 2020 ocurrirán 20 mil 444 casos nuevos, sino se toman medidas de detección y tratamiento oportunos, el 40-50% de los casos se detectan en estadios III y IV. Se presenta en mujeres más jóvenes que en los países económicamente más desarrollados y se detecta tardíamente, especialmente en el sector público. La tasa de mortalidad, ajustada por edad, ha superado la de mortalidad por cáncer cervico-uterino. <sup>(5)</sup>

La incidencia de cáncer de mama es más alta en las mujeres que en los varones. Durante el 2011 afectó a 23.70 de cada 100 mil mujeres de 20 años y más. Durante 2011, Chihuahua reporta la tasa de mortalidad observada más alta por neoplasias mamarias. <sup>(7-9)</sup> La incidencia más alta de neoplasias mamarias entre las mujeres de 20 años y más, se ubica en la población de 60 a 64 años de edad, seguida de mujeres de 50 a 59 años y en las de 45 a 49 años, razón por la que la *Normatividad mexicana* en este sentido, establece que las *mujeres a partir de los 45 años, deben realizarse una mastografía cada 2 años.* <sup>(8, 9)</sup> Otras literaturas mencionan que la edad de presentación en mujeres mexicanas prevalece en edades de 30 a 54 años de edad y amenaza a todos los grupos socioeconómicos. En el 2013 se observó la incidencia más alta en mujeres de 60 a 64 años, seguida de 50 a 59 años y por último las de 45 a 49 años. <sup>(10)</sup>



Por entidad federativa, durante 2013 los estados con el mayor número de casos nuevos de tumores malignos de mama son Campeche, Aguascalientes y Jalisco; mientras que en Hidalgo, Guerrero y México, la detección de casos nuevos de neoplasias mamarias es la más baja del país. Se observa que de las 32 entidades federativas de nuestro país, la mitad de ellas presentan una incidencia superior a la media nacional y la otra parte está por debajo. <sup>(11)</sup>

La tasa de mortalidad observada por cáncer de mama, durante los últimos 6 años en México, no ha mostrado grandes variaciones; de forma general de 2007 a 2011, 14 de cada 100 mil mujeres de 40 años y más han fallecido por esta enfermedad, mientras que para 2012, hay un ligero incremento (16 de cada 100 mil mujeres). Por entidad federativa, Coahuila tiene la tasa más alta de mortalidad por cáncer de mama entre mujeres mayores de 20 años, superando ligeramente al Distrito Federal y a Sonora. Por otro lado, Quintana Roo, Campeche y Oaxaca, son los estados con las tasas más bajas. De manera general, se observa que en norte del país, así como en Jalisco, Colima, Aguascalientes, Morelos y el Distrito Federal, presentan tasas superiores a 15.92, mientras que el sur, no rebasan el 10.69. <sup>(11)</sup>

La seguridad social en México cubre alrededor de 40 a 45% de la población e incluye tratamiento del cáncer de mama, a partir de 2007, la población sin seguridad social tiene derecho a tratamiento de Cáncer de mama a través del Seguro Popular de Salud, sin embargo; a pesar de esto, los servicios escasean y las intervenciones de detección temprana, en particular la mamografía son muy limitadas. Desde el año 2006, solo 22% de las mujeres de 40 a 69 años se sometió a una mamografía en el último año. <sup>(11)</sup>

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, indica que la población de 20 años y más debe realizarse la autoexploración; a partir de los 25 años, una exploración clínica anual por un profesional de la salud ( médico o enfermera capacitados); de los 40 a 69 años una mastografía cada dos años; y en las de 70 años y más, mastografías de seguimiento en las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o bien por indicación médica. El porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de salud preventiva para detección de cáncer de mama en el último año por tipo de estudio 2012 fue el 36.3% de



mujeres de 20 años y más a exploración clínica y el 41% de mujeres de 40 a 69 años a mastografía. En el país se realizan dos tipos de mastografía, una de tamizaje que permite la detección temprana de cáncer de mama a mujeres aparentemente sanas; y de diagnóstico, que se realiza como parte de la evaluación del estado de salud de las mujeres cuando se sospecha o tiene síntomas clínicos de patología de cáncer mamario. <sup>(8, 9)</sup>

A pesar de los progresos en el control de esta enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y recuperación de cáncer de mama, siguen configurando situaciones potencialmente estresantes y la manera en que las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad pueden jugar un importante papel en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por el estado de salud. <sup>(12)</sup>

El cáncer de mama por sí solo ocasiona repercusiones a todos los niveles (físico, psicológico y social). <sup>(12)</sup>

En cuanto al aspecto físico se ha relacionado con el tema de la imagen corporal, ya que la privación de un órgano, el seno, compromete valores existenciales de la mujer a raíz de “cargas simbólicas” que, en la mayoría de las culturas, se hallan depositadas en el pecho femenino y que constituyen, como lo sugiere Zeolla- los pilares esenciales de la condición de “ser mujer”-. <sup>(12)</sup>

De acuerdo a la literatura existen estudios que demuestran las implicaciones psicológicas en las pacientes con cáncer de mama; Spiegel D. (1990) expone que el trauma ante el diagnóstico y el tratamiento, provoca en la paciente: ansiedad, tristeza, indefensión y desesperanza. Mientras que Jimie Holland y Sheldon Lewis (2003) argumentan, cuando una persona es diagnosticada con cáncer, la simple palabra despierta sentimientos como tristeza, preocupación, ansiedad, así como depresión; y de acuerdo a la gravedad en la que se manifiestan dependerá que la paciente necesite o no ser medicada y/o recibir intervención psicológica. <sup>(13,14)</sup>

La sociedad da un valor muy grande al atractivo físico de la mujer (“mujer/objeto”), considerando a dicho órgano o región del cuerpo que despierta el deseo sexual y la libido, por lo tanto, si a la pérdida normal por la edad de dicho atractivo se suma una mutilación de



órganos tan importantes para su autoestima como las mamas, interfiriendo con la sexualidad, la auto-imagen y la estética femenina, la mujer tiende a derrumbarse psicológicamente. <sup>(14, 15)</sup> Además, el pecho de la mujer está relacionado con la maternidad y la lactancia. <sup>(16)</sup>

El cáncer sigue siendo una enfermedad con repercusiones amplias en el grupo familiar y social. La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan y están sujetos a las influencias del entorno, que en el caso de una enfermedad crónica y altamente asociada con el sufrimiento y la muerte, genera una situación de crisis que en, no pocas ocasiones, crea una serie de redes de apoyo familiar para con la mujer con cáncer. <sup>(17)</sup> Ante esta patología, la mujer no es la única que se ve afectada, también sufren las personas que conviven día a día con ella, básicamente su núcleo familiar; existe poca información dirigida a los efectos emocionales que viven las parejas de las pacientes con cáncer de mama; pues son los hombres los que experimentan al lado de sus esposas el impacto emocional que tiene ante el diagnóstico de cáncer de mama, desde ese momento es probable que la esposa busque en él, principalmente el apoyo emocional durante el proceso del diagnóstico y tratamiento. <sup>(13)</sup>

En relación a el apoyo que se percibe del otro es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal como en la vinculación con los demás (Gurung, Saranson y Saranson, (1997). Su análisis cobra importancia en el estudio de las relaciones interpersonales y sobre todo en la relación de pareja, por ser ésta el pilar de la familia, y ésta última la unidad funcional de las sociedades colectivistas. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente. El apoyo entre esposos, guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia diversos eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja. <sup>(18)</sup>

Saitzyk (1997) define el **apoyo conyugal** como aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis, cambios de vida o los estresores a largo plazo. <sup>(18)</sup>



Para Cohen y Wills (1985) existen cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral (de estima), de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimientos, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible. En cambio, los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo. <sup>(18)</sup>

El cáncer tiene un efecto “metastatizante” dentro de los miembros de la familia, es como un terrorista que aparece en la intimidad del hogar, demandando todo lo que ésta tiene. En general, resulta complicado explicar la manera en que un padecimiento como el cáncer afecta la dinámica de una familia. Esto debido tanto a las diversas manifestaciones y grados de invalidez que la enfermedad puede suponer, como por la variedad de edades a las cuales puede llegar a afectar al individuo sin olvidar, por supuesto, que existe un sinnúmero de diversos tipos de organización en las familias ya constituidos antes de que el padecimiento ensombrezca sus hogares. Según Onnis (1997), la neoplasia se manifiesta a menudo al momento de algún cambio decisivo en la situación familiar; una gran cantidad de trabajos demuestran que el duelo, en especial, aquél relacionado con la muerte o la pérdida de la pareja deteriora el sistema inmunológico. Por otra parte, el duelo refuerza el sentimiento de vacío que existe en el individuo propenso al desarrollo de una tumoración, así como su sentimiento de aislamiento, además de reactivar y vigorizar la tensión y los conflictos no resueltos entre los miembros de la familia. Durante esta fase se presentan tres etapas que presentan retos muy diferentes tanto para el paciente como para su familia; éstas son: el momento en que se les informa del diagnóstico, la fase crónica del padecimiento y cuando el paciente se encuentra en fase terminal. <sup>(19)</sup>

El **afrontamiento** (del inglés coping), se define como un proceso en el que se hacen esfuerzos constantes para manejar el estrés psicológico generado por una situación. <sup>(20)</sup> Para Lazarus y Folkman, se define como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes,



desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona, para lo cual puede recurrir a tres estrategias de afrontamiento principales: <sup>(21, 22, 23)</sup>

- Estrategias centradas en las emociones: Ayudan a los pacientes oncológicos a regular su grado de sufrimiento emocional (p ej. Evitación, escape, búsqueda de soporte social, distanciamiento, autocontrol o reevaluación positiva).
- Estrategias centradas en los problemas: Ayudan a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento (p. ej. Búsqueda de información, resolución de problemas pendientes, búsqueda de apoyo social).
- Estrategias centradas en el significado: Les ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas. <sup>(22)</sup>

Las personas varían sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la intensidad de su respuesta emocional y de su habilidad para regularla, de la oportunidad para la resolución de problemas en cada situación y de los cambios en relación persona-entorno a medida que se desenvuelve la situación. <sup>(24)</sup>

La evidencia de un afrontamiento adecuado se refleja en bienestar psicológico y emocional, buen funcionamiento social y buen estado de salud física, lo cual incidirá en la calidad de vida del paciente, al igual que el soporte familiar. <sup>(25,26)</sup> En caso contrario, ocurre distrés psicológico, que también afecta la salud física y el desempeño en general. <sup>(20)</sup>

La OMS define a la Calidad de Vida como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses. En psicología incluye la funcionalidad y el bienestar cuando la salud es una variable que afecta componentes vitales como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. Así mismo, la OMS divide a la calidad de vida en cinco dominios o áreas de contenido: Salud física, salud psicológica, nivel de independencia relaciones sociales y medio ambiente. <sup>(27,28, 29)</sup>



#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque a lo largo de los años muchas pacientes pueden adaptarse y recuperar su calidad de vida inicial, el objetivo de las diferentes intervenciones psicológicas es facilitar este proceso, evitar sufrimiento y conseguir la máxima recuperación lo antes posible, es decir, que la paciente diagnosticada de cáncer de mama reciba apoyo a fin de mantener o recuperar la calidad de vida que pueda resultar alterada por la enfermedad y/o su tratamiento, principalmente de su pareja.

Debido a que existen pocos estudios en la población mexicana que evalúen la percepción de apoyo conyugal así como los mecanismos de afrontamiento más utilizados por dichas pacientes, y de qué manera éstos repercuten en la calidad de vida; será crucial para determinar las maniobras psicoterapéuticas de elección que permitan incidir positivamente en este tipo de población especialmente vulnerable a desarrollar complicaciones psiquiátricas.

A lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama?



## V. OBJETIVOS

- General
  - Determinar la asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama en la UMF No. 20.
  
- Particulares
  - Describir el perfil sociodemográfico de las pacientes con Cáncer de mama (edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación).
  - Describir variables clínicas (tiempo de diagnóstico, etapa clínica, terapéutica indicada)
  - Identificar las variables conyugales (tiempo de pareja, ciclo vital de pareja, número de hijos)
  - Describir la percepción de apoyo conyugal (Positivo, negativo y expresado)
  - Conocer los mecanismos de afrontamiento utilizados en las pacientes con cáncer de mama.
  - Describir la percepción de calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.



## VI. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad crónica degenerativa maligna a nivel celular y en la actualidad se considera un problema de salud pública con gran impacto y trascendencia a nivel mundial, considerada como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Dicho cáncer es el más común entre las mujeres en todo el mundo, representa 16% de todos los cánceres femeninos y la mayoría de las defunciones por esta causa se registran en los países en desarrollo.

El cáncer no es sólo una enfermedad crónica, que amenaza la vida del paciente por la idea de una muerte próxima e inminente, sino también, al disminuir su capacidad de control sobre su vida y encontrarse regido por procedimientos que ayudan a su supervivencia, lo torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a la ruptura de las relaciones, a la incapacidad, a la pérdida de la independencia personal y económica, así como a mecanismos de negación, reacciones de ansiedad y culpa, así mismo afecta a su núcleo familiar. La desesperanza ha demostrado ser un importante factor de ajuste conyugal para el cáncer de mama ya que se ha observado en diversos artículos que la capacidad de los cónyuges de mantener una actitud positiva es un factor importante y de mejoría clínica.

El tratamiento de las pacientes con cáncer de mama implica muchos efectos destructivos y mutilantes del contorno mamario, así como serias afectaciones a la imagen corporal y la autoestima. Esto, a su vez, favorece conductas de retraimiento social, dificultad en las experiencias de la sexualidad e impone limitaciones a las actividades de la vida cotidiana, como el uso de algún tipo específico de ropa.

Aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren cáncer presentan trastorno adaptativo, seguido por el trastorno mixto ansioso depresivo y el episodio depresivo, los cuales se cree son reactivos al conocimiento del diagnóstico (Kaplan, 1996), por ser una enfermedad que se asocia al dolor y a la muerte. Ante esta situación atribuida, el paciente despliega una serie de esfuerzos tanto cognoscitivos como conductuales y dependerá del



significado subjetivo que tiene para él la enfermedad y la realidad de la misma, para que la tensión se canalice positiva o negativamente, por ende, el afrontamiento al estrés tienen un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

Padecer 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 tanto al proceso de afrontamiento al diagnóstico y los tratamientos, como al resultado del buen estado emocional y el mantenimiento de una buena calidad de vida a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad. La repercusión en la calidad de vida es una medida estándar para evaluar la efectividad de las intervenciones médicas.

El impacto emocional ante el diagnóstico es muy fuerte, pero a pesar de ello algunas familias pueden enfrentar este problema y procurarles ambientes saludables a sus pacientes, que sin duda contribuyen decididamente a mejorar su calidad de vida.

El estudio de los aspectos psicológicos del cáncer de mama y su tratamiento, han tenido un amplio desarrollo en la investigación psicooncológica, lo que ha permitido entender el impacto en la vida de las pacientes y sus familias, ayuda a las pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y existenciales (Phillips et al, 2008), así mismo ha permitido desarrollar intervenciones para disminuir el estrés y la ansiedad, mejorar la calidad de vida y formular posibles relaciones entre factores psicológicos y biológicos en el progreso de la enfermedad.

En las clínicas de primer nivel, específicamente nuestra Unidad de Medicina Familiar No. 20 se cuenta con un manual metodológico de Atención Integral del Cáncer de mama 2016, representado en un indicador el cual es CA\_Mama 07 "Oportunidad en el inicio del tratamiento de cáncer de mama", el cual está a cargo de Epidemiología en conjunto con Medicina Preventiva, quienes cuentan con un censo de pacientes y en donde se realiza el seguimiento de las pacientes con este diagnóstico, por lo que el presente estudio es factible de realizar en la UMF No. 20.



Considerando lo antes dicho y apreciando el inmenso valor que para la práctica profesional adquiere la participación de la familia en el tratamiento del paciente oncológico, el propósito de la presente investigación es determinar la asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida que nos debe servir para desarrollar un conjunto de alternativas que permitan al paciente y sus familias afrontar de mejor manera esta enfermedad.

Así como implementar estrategias de intervención psicológicas destinadas a mejorar el bienestar de las pacientes e incrementar su supervivencia, como parte del abordaje integral en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, es necesario proponer intervenciones encaminadas a integrar aspectos conyugales y de afrontamiento, con el fin de fortalecer o encontrar recursos para la adaptación ante el diagnóstico, pronóstico y tratamiento que impacten de manera positiva en su calidad de vida.

## VII. HIPÓTESIS

**Alternativa:** Existe asociación entre la percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

**Nula:** No existe asociación entre la percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.



## VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

### Universo de trabajo:

Mujeres con diagnóstico de más de 6 meses de cáncer de mama.

### Lugar donde se desarrollará

El estudio se realizó en la zona norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual se encuentra ubicada en Calzada Vallejo número 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, con tutoría del personal de dicha unidad.

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal analítico.

### Tipo de estudio:

- **De acuerdo a la manipulación:** Observacional
- **De acuerdo a la comparación:** Analítico
- **De acuerdo a temporalidad:** Prospectivo
- **De acuerdo a seguimiento:** Transversal

## °° CRITERIOS °°

### Inclusión

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama
- Con más de 6 meses de diagnóstico
- Mujeres con pareja sentimental.



### Exclusión

- Mujeres con deterioro cognitivo secundario u otra complicación a la patología de base que impida contestar el cuestionario.

### Eliminación

- Mujeres que no desearon participar en el estudio.
- Mujeres que no completaron el cuestionario.
- Mujeres que no completaron la encuesta.

## °° TAMAÑO DE LA MUESTRA °°

Se solicitó al servicio de Epidemiología de la Unidad el censo nominal de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, derechohabientes de esta unidad del año 2015 obteniendo un total de 14 pacientes y de un año anterior, 2014, obteniendo un total de 11 pacientes. Así mismo se solicitó al servicio de ARIMAC la base de datos de la población total de pacientes subsecuentes que acudieron a la Unidad durante el año 2015 con diagnóstico de cáncer de mama obteniendo un total de 119 pacientes.

Se utilizó la siguiente fórmula para cálculo de la muestra en poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 - p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).



Dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 durante el año 2015 se otorgaron 119 consultas subsecuentes con diagnóstico de cáncer de mama. Sustituyendo los valores de nuestra población total a la fórmula se obtuvieron los siguientes valores:

$$\frac{119 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.05)^2 (119 - 1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}$$

46

Considerando el 20% de las perdidas n= 50.

#### °° DEFINICIÓN DE VARIABLES °°

**Independiente:** Percepción de apoyo conyugal y mecanismos de afrontamiento.

**Dependiente:** Calidad de vida

**Otras variables de estudio: (sociodemográficas)** *Edad, escolaridad, estado civil, religión y ocupación.* **(Variables conyugales)** Tiempo en pareja; ciclo vital de la pareja y número de hijos



## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde la fecha de su nacimiento.	Se medirá a través del cuestionario a la paciente.	Independiente	Cuantitativa continua
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Grado de instrucción que posee una persona.	Años cursados y aprobados en un sistema educacional. *Analfabeta *Primaria *Secundaria *Bachillerato *Técnico *Licenciatura *Maestría y/o doctorado	Independiente	Cualitativa ordinal
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Evaluación de la situación civil de la entrevistada. *Casada *Unión libre *Pareja sentimental	Independiente	Cualitativa nominal
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias religiosas y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina que son propias de un determinado grupo humano.	Determinar las creencias religiosas de las entrevistadas. *Atea *Católica *Cristiana *Testigo de Jehová *Mormón *Otros	Independiente	Cualitativa nominal
<b>Ocupación</b>	Trabajo, empleo u oficio. Actividad o trabajo.	Situación laboral actual de las entrevistadas. *Ama de casa *Secretaria *Profesionista *Otros	Independiente	Cualitativa nominal



## VARIABLES CONYUGALES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de variable
<b>Tiempo de pareja</b>	Periodo que existe en la relación sentimental que existe entre dos personas.	Se medirá a través del cuestionario a la paciente. <ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 1 año</li><li>• 1-3 años</li><li>• 3-8 años</li><li>• 15-30 años</li><li>• 30-40 años</li><li>• &gt; 40 años</li></ul>	Independiente	Cuantitativa de razón
<b>Ciclo vital de pareja</b>	Evolución secuencial por el que atraviesan las familias así como las crisis transicionales a las que se enfrentan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.	Etapas predecibles y descritas por las que atraviesan las familias, de acuerdo a Mario Barragán (1976) autor mexicano. <ul style="list-style-type: none"><li>• De selección</li><li>• Transición y Adaptación Temprana</li><li>• Reafirmación como pareja y paternidad</li><li>• Diferenciación y Realización</li><li>• Estabilización</li><li>• Enfrentamiento con la vejez, la soledad y la muerte</li></ul>	Independiente	Cualitativa ordinal
<b>Hijo</b>	Persona o animal considerado con relación a su padre y su madre o a uno de los dos.	Se determinara número de hijos a través del cuestionario a las pacientes.	Independiente	Cuantitativa continua



## VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de variable
<b>A P O Y O C O N Y U G A L</b>	Aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis, o cambios de vida o los estresores a largo plazo.	Se medirá a través del Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP), el cual evalúa en 3 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyo positivo</li><li>• Apoyo expresado</li><li>• Apoyo negativo</li></ul>	Independiente	Cualitativa nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de variable
<b>M E C A N I S M O S D E A F</b>	Cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de	Se medirá a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006), el cual evalúa las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Resolución de problemas</li><li>• Autocrítica</li><li>• Expresión emocional</li><li>• Pensamiento desiderativo</li><li>• Apoyo social</li></ul>	Independiente	Cualitativa nominal



<b>R O N T A M I E N T O</b>	conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. Respuesta o conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para manejarlas y/o neutralizarlas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Evitación de problemas</li> <li>• Retirada social</li> </ul>
--	---	---

**VARIABLE DEPENDIENTE**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de variable
<b>C A L I D A D  D E  V I D A</b>	Percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses.	Se medirá a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud, el cual evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupaciones</li> <li>• Desempeño físico</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Percepción corporal</li> <li>• Funciones cognitivas</li> <li>• Actitud ante el tratamiento</li> <li>• Tiempo libre</li> <li>• Vida cotidiana</li> <li>• Familia</li> <li>• Redes sociales</li> <li>• Dependencia médica</li> <li>• Relación con el médico</li> </ul>	Dependiente	Cualitativa ordinal



## °° DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO °°

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, con una en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de más de 6 meses en la UMF No 20, previo consentimiento informado por escrito y ya habiéndoles explicado sobre el manejo ético de la información, el objetivo del estudio y que en caso de no haber aceptado participar, ello no repercutiría en su atención, tratamiento o calidad del trato por parte del equipo médico; se les aplicaron 3 encuestas; Inventario a la Pareja, Inventario de estrategias de afrontamiento e Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Se eligió el tamaño de la muestra mediante un muestreo no probabilístico, obteniendo una muestra de 50 pacientes con cáncer de mama y una vez contestadas las encuestas por las pacientes se procedió a contestar la interrogante planteada en esta investigación; posterior a ello se ingresaron todos los datos obtenidos al programa SPSS en donde se codificaron cada una de las variables para ser analizados todos los datos recolectados. Se utilizó para asociaciones el programa EPIINFO.

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central para variables cuantitativas; se utilizaron frecuencia y porcentajes para variables cualitativas. Así mismo se utilizó estadística inferencial con Chi 2 OR IC al 95%, considerando significancia estadística cuando p fue igual o menor de 0.05.



## IX. RESULTADOS

Se entrevistaron 50 mujeres con una media de edad de  $56.04 \pm 11.078$  años con un rango de 30 a 84 años. El perfil sociodemográfico de predominio fue: escolaridad de bachillerato o estudios técnicos en 34% (n=17); estado civil casadas en el 82% (n=41); religión católicas en 78% (n=39) y ocupación amas de casa en 68% (n=34) **Cuadro 1**.

**Cuadro 1. Perfil sociodemográfico**

<b>VARIABLE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>		
➤ Primaria	14	28
➤ Secundaria	12	24
➤ Bachillerato, estudios técnicos	17	34
➤ Licenciatura	7	14
<b>ESTADO CIVIL</b>		
➤ Casada	41	82
➤ Unión libre	9	18
<b>RELIGION</b>		
➤ Católica	39	78
➤ Otras	10	20
➤ Atea	1	2
<b>OCUPACION</b>		
➤ Ama de casa	34	68
➤ Empleo remunerado	16	32

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.



De las mujeres entrevistadas se observó que la media del tiempo de pareja fue de 30.38 años  $\pm$  12.958 con un rango de 2 a 60 años, predominando la etapa de estabilización en 52% (n=26). Así mismo respecto a la media de número de hijos fue de 2.74 hijos  $\pm$  1.352 con un rango de 0 a 6 hijos. **(Cuadro 2)**

**Cuadro 2. Variables conyugales**

TIEMPO DE PAREJA Y CICLO DE FAMILIA	n	%
➤ Transición y adaptación temprana (1-3)	1	2
➤ Reafirmación como pareja y paternidad (4-8)	2	4
➤ Diferenciación y realización (9-15)	1	2
➤ Estabilización (16-30)	26	52
➤ Enfrentamiento con la vejez (> 31)	20	40
<b>NUMERO DE HIJOS</b>		
➤ 0-2 hijos	25	50
➤ > 3 hijos	25	50

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.

Las mujeres entrevistadas refirieron diagnóstico de cáncer de mama con una media de 30.08 meses (2 años y medio)  $\pm$ 31.153 con un rango de 6-96 meses. Así mismo el 88% (n=44) cursaba tratamiento con quimioterapia. **(Cuadro 3)**



**Cuadro 3. Tratamiento en pacientes**

VARIABLE	n	%
<b>TRATAMIENTO</b>		
➤ Vigilancia	6	12
➤ Quimioterapia	44	88

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.

El apoyo conyugal percibido por las pacientes entrevistadas fue apoyo positivo en el 86% (n=43), negativo en el 14% (n=7) y expresado en el 82% (n=41). **(Cuadro 4)**

**Cuadro 4. Apoyo conyugal**

VARIABLE	n	%
<b>APOYO POSITIVO</b>		
➤ SI	43	86
➤ NO	7	14
<b>APOYO NEGATIVO</b>		
➤ SI	7	14
➤ NO	43	86
<b>APOYO EXPRESADO</b>		
➤ SI	41	82
➤ NO	9	18

Fuente: Encuesta a pacientes con Cáncer de Mama de UMF No. 20



Las estrategias de afrontamiento se percibieron de la siguiente manera; **Altas** en las dimensiones de resolución de problemas con 60% (n=30), pensamiento desiderativo en el 44% (n=22) y reestructuración cognitiva en el 52% (n=26); **Medias** en las dimensiones de expresión emocional en el 42% (n=21), Apoyo social en el 46% (n=23) y evitación de problemas en el 50% (n=25) y **Bajas** en las dimensiones de autocrítica en el 88% (n=44) y retirada social en el 80% (n=40). **Cuadro 5.**

**Cuadro 5. Mecanismo de afrontamiento ante la enfermedad**

AFRONTAMIENTO	BAJA		MEDIA		ALTA	
	n	%	N	%	n	%
➤ Resolución de problemas	2	4	18	36	30	60
➤ Autocrítica	44	88	5	10	1	2
➤ Expresión emocional	14	28	21	42	15	30
➤ Pensamiento desiderativo	10	20	18	36	22	44
➤ Apoyo social	10	20	23	46	17	34
➤ Reestructuración cognitiva	6	12	18	36	26	52
➤ Evitación de problemas	16	32	25	50	9	18
➤ Retirada social	40	80	8	16	2	4

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.



La evaluación de calidad de vida de las pacientes entrevistadas se percibió de la siguiente manera: **Muy Alta** en la dimensión de *aislamiento* en el 44% (n=22) y *percepción corporal* en el 32% (n=16); **Alta** en la dimensión de familia en el 58 % (n=29); **Normal** en las dimensiones de preocupaciones en el 58% (n=29), desempeño físico en el 42% (n=21), funciones cognitivas en el 32% (n=16), actitud ante el tratamiento en el 48% (n=24), dependencia médica en el 38% (n=19), relación con el médico en el 48% (n=24) y en redes sociales en el 56% (n=28), así mismo se percibió **Baja** en las dimensiones de tiempo libre en el 36% (n=18) y vida cotidiana en el 34% (n=17). **Cuadro 6.**

**Cuadro 6. Calidad de vida**

CALIDAD DE VIDA	MUY BAJA		BAJA		NORMAL		ALTA		MUY ALTA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
➤ Preocupaciones	3	6	11	22	<b>29</b>	<b>58</b>	1	2	6	12
➤ Desempeño físico	15	30	9	18	<b>21</b>	<b>42</b>	0	0	5	10
➤ Aislamiento	4	8	9	18	13	26	2	4	<b>22</b>	<b>44</b>
➤ Percepción corporal	9	18	12	24	11	22	2	4	<b>16</b>	<b>32</b>
➤ Funciones cognitivas	5	10	6	12	<b>16</b>	<b>32</b>	8	16	15	30
➤ Actitud ante el tratamiento	3	6	7	14	<b>24</b>	<b>48</b>	10	20	6	12
➤ Familia	2	4	6	12	13	26	<b>29</b>	<b>58</b>	0	0
➤ Tiempo libre	11	22	<b>18</b>	<b>36</b>	12	24	0	0	9	18
➤ Vida cotidiana	6	12	<b>17</b>	<b>34</b>	14	28	0	0	13	26
➤ Dependencia médica	3	6	7	14	<b>19</b>	<b>38</b>	11	22	10	20
➤ Relación con el médico	1	2	7	14	<b>24</b>	<b>48</b>	9	18	9	18



➤ Redes sociales      12   24   5   10   **28**   **56**   4   8   1   2

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.

### CALIDAD DE VIDA Y APOYO CONYUGAL

Se realizó un análisis bivariado entre calidad de vida y apoyo conyugal encontrando: asociación entre mayor aislamiento al existir falta de expresión del apoyo conyugal ( $p 0.012$ ) **Cuadro 7**; buena percepción de apoyo familiar cuando la pareja expresa su apoyo ( $p 0.001$ ) **Cuadro 8** y mayor dependencia médica cuando el apoyo conyugal es negativo ( $p 0.046$ ). **Cuadro 9**

De acuerdo a la asociación se encontró que mayor aislamiento sin apoyo conyugal expresado con una  $p=0.040$  OR 3.055 e IC al 95% (1.056-8.834) **Cuadro 7 bis**; menor apoyo emocional sin apoyo conyugal expresado con una  $p=0.006$  OR 6 e IC al 95% (1.651-21.801) **Cuadro 8 bis** y mayor dependencia médica al existir apoyo conyugal negativo con una  $p=0.049$  OR 6.666 e IC al 95% (0.880-50.471). **Cuadro 9bis**

**Cuadro 7. Dominio de Aislamiento\* (Calidad de vida) en relación al apoyo conyugal**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Apoyo expresado</b>	Sin	N	0	5	0	0	4	0.012
		%	0	55.6	0	0	44.4	
	Con	N	4	4	13	2	<b>18</b>	
		%	9.8	9.8	31.7	4.9	<b>43.9</b>	

\*Aislamiento: Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.

**Cuadro 7 bis. Asociación entre Calidad de vida (aislamiento) y apoyo expresado**

Calidad de vida (Aislamiento) / Sin apoyo expresado y con apoyo expresado	P	OR e IC al 95%
Baja Vs muy alta	0.040	3.055 (1.056-8.834)



Cuadro 8. *Dominio de Familia\** (Calidad de vida) en relación al apoyo conyugal

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Total
<b>Apoyo expresado</b>	Sin	N	2	3	2	2	0.001
		%	22.2	33.3	22.2	22.2	
	Con	N	0	3	11	<b>27</b>	
		%	0	7.3	26.8	<b>65.9</b>	

\*Familia: Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.

Cuadro 8 bis. Asociación entre Calidad de vida (familia) y apoyo expresado

Calidad de vida (Familia) / Sin apoyo expresado y con apoyo expresado	P	OR e IC al 95%
Baja Vs alta	0.006	6 (1.651-21.801)

Cuadro 9. *Dominio de Dependencia médica\** (Calidad de vida) en relación al apoyo conyugal

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Apoyo negativo</b>	Sin	N	1	5	<b>18</b>	10	9	0.046
		%	2.3	11.6	<b>41.9</b>	23.3	20.9	
	Con	N	2	2	1	1	1	
		%	28.6	28.6	14.3	14.3	14.3	

\*Dependencia médica: Se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.

Cuadro 9 bis. Asociación entre Calidad de vida (dependencia médica) y apoyo negativo

Calidad de Vida (Dependencia médica) / Con apoyo negativo y sin apoyo negativo	P	OR e IC al 95%
Muy baja Vs muy alta	0.049	6.666 (0.880-50.471)



## CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO

Se realizó un análisis bivariado entre calidad de vida y mecanismos de afrontamiento en donde se encontró que existe menor aislamiento cuando existe mayor apoyo social (p 0.014) y reestructuración cognitiva (p 0.001) **Cuadro 10**; mayor satisfacción en la percepción corporal al existir mayor reestructuración cognitiva (p 0.037) **Cuadro 11**; mejor actitud ante el tratamiento al existir baja autocrítica (p 0.026) y mayor reestructuración cognitiva (p 0.038) **Cuadro 12**; menor retirada social al percibir el apoyo emocional por parte de su familia (p 0.004) **Cuadro 13**.

Existe mayor satisfacción en la vida cotidiana al existir mayor reestructuración cognitiva (p 0.004) y baja autocrítica (p 0.011) **Cuadro 14**; existe menor cantidad de problemas (p 0.018) y menor retirada al social (p 0.001) al tener mejor relación con el médico **Cuadro 15**; y existe mayor expresión emocional (p 0.011), mayor apoyo social (p 0.028) y mayor reestructuración cognitiva (p 0.002) al contra dichas pacientes con alguna red social de apoyo. **Cuadro 16**.

De acuerdo a la asociación se encontró mayor insatisfacción en la percepción corporal cuando existe menor reestructuración cognitiva con una  $p=0.002$  OR 10 e IC al 95% (1.428-70.002) **Cuadro 11 bis**; el apoyo emocional percibido por la familia es un factor protector para evitar retirada social con una  $p=0.010$  OR 0.15 e IC al 95% (0.039-0.572) **Cuadro 13 bis**; mayor insatisfacción en la vida cotidiana cuando existe menor reestructuración cognitiva con una  $p=0.025$  OR 2.181 e IC al 95% (1.093-4.355) **Cuadro 14 bis**; y el contar con redes de apoyo sociales son factores protectores para la expresión emocional con una  $p=0.003$  OR 0.109 e IC a 95% (0.015-0.781), el apoyo social con una  $p=0.019$  OR 0.278 e IC al 95% (0.087-0.887) y la reestructuración cognitiva con una  $p=0.048$  OR 0.291 e IC al 95% (0.072-1.167). **Cuadro 16 bis 1, 2 y 3**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20**

**Tesis**

**Cuadro 10. Dominio de Aislamiento\* (Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Apoyo social</b>	Bajo	N	3	4	0	0	3	0.014
		%	30%	40%	0%	0%	30%	
	Medio	N	1	5	6	1	10	
		%	4.3%	21.7%	26.1%	4.3%	43.5%	
	Alto	N	0	0	7	1	<b>9</b>	
		%	0%	0%	41.2%	5.9%	<b>52.9%</b>	
<b>Reestructuración cognitiva</b>	Bajo	N	2	3	0	0	1	0.001
		%	33.3%	50%	0%	0%	16.7%	
	Medio	N	2	6	6	1	3	
		%	11.1%	33.3%	33.3%	5.6%	16.7%	
	Alto	N	0	0	7	1	<b>18</b>	
		%	0%	0%	26.9%	3.8%	<b>69.2%</b>	

\*Aislamiento: Explora los sentimiento de soledad o separación de su grupo habitual.

**Cuadro 11. Dominio de Percepción corporal \*(Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Reestructuración cognitiva</b>	Bajo	N	3	2	0	0	1	0.037
		%	50	33.3	0	0	16.7	
	Medio	N	5	6	4	1	2	
		%	27.8	33.3%	22.2%	5.6%	11.1%	
	Alto	N	1	4	7	1	<b>13</b>	
		%	3.8%	15.4%	26.9%	3.8%	<b>50%</b>	

\*Percepción corporal: Grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto atractivo físico con que se percibe el paciente.

**Cuadro 11 bis. Asociación entre Calidad de vida (percepción corporal) y reestructuración cognitiva**

Calidad de vida (Percepción corporal / Con reestructuración cognitiva (medio y alto)	P	OR e IC al 95%
Muy baja Vs muy alta	0.002	10 (1.428-70.002)



**Cuadro 12. Dominio de Actitud ante el tratamiento \*(Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Autocrítica</b>	Bajo	N	2	7	<b>21</b>	9	5	0.026
		%	4.5%	15.9%	<b>47.7%</b>	20.5%	11.4%	
	Medio	N	0	0	3	1	1	
		%	0%	0%	60%	20%	20%	
	Alto	N	1	0	0	0	0	
		%	100%	0%	0%	0%	0%	
<b>Reestructuración cognitiva</b>	Bajo	N	2	2	2	0	0	0.038
		%	33.3%	33.3%	33.3%	0%	0%	
	Medio	N	1	2	<b>11</b>	3	1	
		%	5.6%	11.1%	<b>61.1%</b>	16.7%	5.6%	
	Alto	N	0	3	11	7	5	
		%	0%	11.5%	42.3%	26.9%	19.2%	

\*Actitud ante el tratamiento: Revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.

**Cuadro 13. Dominio de Familia\* (Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Total
<b>Retirada social</b>	Bajo	N	0	3	10	<b>27</b>	0.004
		%	0%	7.5%	25%	<b>67.5%</b>	
	Medio	N	2	2	3	1	
		%	25%	25%	37.5%	12.5%	
	Alto	N	0	1	0	1	
		%	0%	50%	0%	50%	

\*Familia: Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.

**Cuadro 13 bis. Asociación entre Calidad de vida (familia) y retirada social**

Calidad de Vida (Familia) / retirada social (baja y media)	p	OR e IC al 95%
Baja Vs alta	0.010	0.15 (0.039-0.572)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20**

Tesis

**Cuadro 14. Dominio de Vida cotidiana \* (Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Muy alta	Total
<b>Autocrítica</b>	Bajo	N	4	<b>17</b>	10	13	0.011
		%	9.1%	<b>38.6%</b>	22.7%	29.5%	
	Medio	N	1	0	4	0	
		%	20%	0%	80%	0%	
	Alto	N	1	0	0	0	
		%	100%	0%	0%	0%	
<b>Reestructuración cognitiva</b>	Bajo	N	3	2	0	1	0.004
		%	50%	33.3%	0%	16.7%	
	Medio	N	3	9	4	2	
		%	16.7%	50%	22.2%	11.1%	
	Alto	N	0	6	10	<b>10</b>	
		%	0%	23.1%	38.5%	<b>38.5%</b>	

\*Vida cotidiana: Revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.

**Cuadro 14 bis. Asociación entre Calidad de vida (vida cotidiana) y reestructuración cognitiva**

Calidad de Vida (Vida Cotidiana) / Reestructuración cognitiva (medio y alto)	p	OR e IC al 95%
Baja Vs muy alta	0.025	2.181 (1.093-4.355)

**Cuadro 15. Dominio de Relación con el médico\* (Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Evitación de problemas</b>	Bajo	N	0	3	6	2	5	0.018
		%	0%	18.8%	37.5%	12.5%	31.3%	
	Medio	N	0	3	<b>16</b>	6	0	
		%	0%	12%	<b>64%</b>	24%	0%	
	Alto	N	1	1	2	1	4	
		%	11.1%	11.1%	22.2%	11.1%	44.4%	
<b>Retirada social</b>	Bajo	N	0	6	18	8	8	0.001
		%	0%	15%	45%	20%	20%	
	Medio	N	0	1	<b>5</b>	1	1	
		%	0%	12.5%	<b>62.5%</b>	12.5%	12.5%	
	Alto	N	1	0	1	0	0	
		%	50%	0%	50%	0%	0%	



\*Relación con el médico: Se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo con la atención del médico tratante.

**Cuadro 16. Dominio de Redes Sociales\* (Calidad de vida) en relación a estrategias de afrontamiento**

			Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	Total
<b>Expresión emocional</b>	Bajo	N	4	0	6	3	1	0.011
		%	28.6%	0%	42.9%	21.4%	7.1%	
	Medio	N	1	4	<b>16</b>	0	0	
		%	4.8%	19%	<b>76.2%</b>	0%	0%	
	Alto	N	7	1	6	1	0	
		%	46.7%	6.7%	40%	6.7%	0%	
<b>Apoyo social</b>	Bajo	N	2	0	5	3	0	0.028
		%	20%	0%	50%	30%	0%	
	Medio	N	3	2	<b>17</b>	0	1	
		%	13%	8.7%	<b>73.9%</b>	0%	5.9%	
	Alto	N	7	3	6	1	0	
		%	41.2%	17.6%	35.3%	5.9%	0%	
<b>Reestructuración cognitiva</b>	Bajo	N	1	0	2	3	0	0.002
		%	16.7%	0%	33.3%	50%	0%	
	Medio	N	2	1	<b>14</b>	0	1	
		%	11.1%	5.6%	<b>77.8%</b>	0%	5.6%	
	Alto	N	9	4	12	1	0	
		%	34.6%	15.4%	46.2%	3.8%	0%	

\*Redes sociales: Explora los recursos humanos con que cuente el paciente para resolver problemas.

**Cuadro 16 bis 1. Asociación entre Calidad de vida (redes sociales) y expresión emocional**

Calidad de vida (redes sociales) / expresión emocional (medio y alto)	p	OR e IC al 95%
Muy baja Vs normal	0.003	0.109 (0.015-0.781)

**Cuadro 16 bis 2. Asociación entre Calidad de vida (redes sociales) y apoyo social**

Calidad de vida (redes sociales) / apoyo social (medio y alto)	p	OR e IC al 95%
Muy baja Vs normal	0.019	0.278 (0.087-0.887)

**Cuadro 16 bis 3. Asociación entre Calidad de vida (redes sociales) y reestructuración cognitiva**

Calidad de vida (redes sociales) / reestructuración cognitiva (medio y alto)	p	OR e IC al 95%
Muy baja Vs normal	0.048	0.291 (0.072-1.167)



## X. DISCUSION

El cáncer de mama en la actualidad se considera como un problema de salud pública el cual demanda atención médica, psicológica y social, obligando a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad por lo que los mecanismos de afrontamiento tienen un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama al igual que el soporte familiar.

A través del presente estudio se encontró una media de edad de 56.04, predominando escolaridad de bachillerato, casadas, amas de casa y católicas: con una media de meses de diagnóstico de 30.08, predominando el 88% en quimioterapia. Similar al estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México y en el estudio 2011 en un grupo de pacientes en la Ciudad de Durango; esto puede explicarse por la densidad demográfica similar al de la Ciudad de México.

A través del presente estudio se demostró que una variable que influye en la calidad de vida de las pacientes que padecen cáncer de mama es el apoyo que perciben por parte de la pareja en el 82%. Coppari y cols en un estudio de afrontamiento y calidad de vida, en pacientes que padecen cáncer y VIH; refirieron que los que cuentan con más apoyo social de su pareja, familia y amigos confrontan mejor la aceptación de la enfermedad y disminuye la ansiedad. Así mismo en el estudio de Rodríguez (2015) las mujeres expresaron que el tener con quien compartir pensamientos, sentimientos y emociones les permite afrontar mejor las situaciones difíciles. Que la principal fuente de recurrencia en búsqueda de apoyo eran las mujeres de su familia (madre, hermanas, hijas) y en especial la pareja en el cual buscaban sobre todo el apoyo emocional para hacer más tolerable la enfermedad. En un estudio en 2014 mencionaron que el compañero sentimental juega un papel importante, ya que sienten la necesidad de apoyarse en el cónyuge y esperan a su vez apoyo incondicional por parte de ellos, para que la estructura familiar siga funcionando de forma armoniosa y positiva en cada



uno de los integrantes de la familia. Esto demuestra que es fundamental el percibir apoyo conyugal y contar con redes de apoyo para confrontar de manera satisfactoria una enfermedad crónica, impactando en una mejor calidad de vida.

Mera C. P., Ortiz M. (2012) en su estudio se apreció que la calidad de vida se correlaciona de forma positiva con 2 estrategias de afrontamiento activo y de forma negativa con 2 estrategias de afrontamiento pasivo. Las estrategias de afrontamiento activo son apoyo social y reestructuración cognitiva, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivo son la autocrítica y retirada social. Al igual que el estudio que se realizó en el 2014 por Cappan et al determinaron que las estrategias de afrontamiento más predominantes fueron optimismo, esperanza y búsqueda de apoyo las cuales se determinan como estrategias de aproximación o activas. Respecto a los mecanismos de afrontamiento más empleados en este estudio fueron resolución de problemas, pensamiento desiderativo y reestructuración cognitiva, intermedias fueron expresión emocional, apoyo social y evitación de problemas. Esto demuestra que las mujeres que posean altos niveles de cualidades serán más propensas al bienestar y, por ende, realizará un afrontamiento eficaz.

Se ha demostrado en diversos estudios y en el propio que la personalidad de la mujer es un factor que condiciona el afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama y, por lo tanto, su bienestar, existiendo una estrecha relación entre bienestar y afrontamiento. La personalidad y los recursos tanto individuales como sociales, marcan sin duda, la calidad de vida de las pacientes. El proceso de experimentar la enfermedad está repleto de cambios significativos. Este hecho no sólo repercute a la mujer enferma, se extiende a todos los componentes involucrados en su contexto social y familiar; la experiencia de la enfermedad es una tensión que comparten la mujer y su entorno más cercano. La familia por lo tanto es un importante apoyo emocional para la lucha contra el cáncer de mama.



El tratamiento de la mujer con cáncer de mama debe abordarse desde una perspectiva bio-psico-social, en el que se atiende a cada paciente como un todo y se anticipan y atienden todas las necesidades, se oferta un cuidado individualizado y se fomenta el autocuidado.

Las intervenciones psicosociales efectuadas por profesionales reducen el malestar, mejoran la calidad de vida de las mujeres afectadas y facilitan la adaptación familiar al diagnóstico.

En conclusión observamos la importancia de que la mujer que padece cáncer de mama perciba apoyo por parte de su pareja ya que esto le permite afrontar más asertivamente la enfermedad; sin embargo habría que ampliar la muestra y no solo tomar pacientes en tratamiento por quimioterapia; explorar otras redes de apoyo emocional con las que cuente la paciente; reconocer los aspectos emocionales por lo que atraviesa la pareja y familia, así como el mecanismo de defensa utilizado para el manejo de las emociones de emergencia tales como el miedo, la frustración etc entre otras variables.



## XI. CONCLUSIONES

- En el perfil sociodemográfico de las pacientes con Cáncer de mama se encontró que la media de edad fue de  $56.04 \pm 11.078$  años, predominó escolaridad bachillerato o estudios técnicos en 34%, casadas en 82%, católicas en 78% y amas de casa en 68%.
- Respecto a las variables clínicas la media de tiempo de diagnóstico fue  $30.08 \pm 31.153$  meses y predominó quimioterapia en 88%.
- En cuanto a las variables conyugales se observó que la media de tiempo de pareja fue de  $30.38 \pm 12.958$  años predominando el ciclo de estabilización en pareja en 52% y la media de hijos fue de  $2.74 \pm 1.352$ .
- El apoyo conyugal se observó positivo en el 86%, negativo en 14% y expresado en 82%.
- Los mecanismos de afrontamiento más utilizados en pacientes con cáncer de mama fueron; Resolución problemas en 60%, pensamiento desiderativo en 44% y reestructuración cognitiva en 52%; los intermedios fueron expresión emocional en 42%, apoyo social en 46% y evitación de problemas en 50%; los menos utilizados fueron autocrítica en el 88% y retirada social en el 80%.
- Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama refirieron mayor afectación en la calidad de vida en los dominios de tiempo libre en 38% y vida cotidiana en 34%; y menor afectación en los dominios de aislamiento en el 44%, percepción corporal en el 32% y familia en 58%. No se observó mejor o peor calidad de vida en los siguientes dominios: Preocupaciones en 58%, desempeño físico en 42%, funciones cognitivas en 32%, actitud ante el tratamiento en 48%, dependencia médica en 38%, relación con el médico en 48% y redes sociales en 56%.
- Se encontró asociación entre apoyo conyugal y calidad de vida observando mayor aislamiento sin apoyo conyugal expresado con una  $p=0.040$  OR 3.055 e IC al 95% (1.056-8.834); menor apoyo emocional sin apoyo conyugal expresado con una  $p=0.006$  OR 6 e



IC al 95% (1.651-21.801) y mayor dependencia médica al existir apoyo conyugal negativo con una  $p=0.049$  OR 6.666 e IC al 95% (0.880-50.471).

- Se encontró asociación entre mecanismos de afrontamiento y calidad de vida observando mayor insatisfacción en la percepción corporal cuando existe menor reestructuración cognitiva con una  $p=0.002$  OR 10 e IC al 95 % (1.428-70.002); el apoyo emocional percibido por la familia es un factor protector para evitar retirada social con una  $p=0.010$  OR 0.15 e IC al 95% (0.039-0.572); mayor insatisfacción en la vida cotidiana cuando existe menor reestructuración cognitiva con una  $p=0.025$  OR 2.181 e IC al 95% (1.093-4.355); y el contar con redes de apoyo sociales son factores protectores para la expresión emocional con una  $p=0.003$  OR 0.109 e IC al 95% (0.015-0.781), el apoyo social con una  $p=0.019$  OR 0.278 e IC al 95% (0.087-0.887) y reestructuración cognitiva con una  $p=0.048$  OR 0.291 e IC al 95% (0.072-1.167).



## XII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda contar con grupos de apoyo para pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en donde puedan hablar sobre experiencias y de esta manera fortalecer sus mecanismos de afrontamiento.
- Mejorar la relación médico-paciente en el primer nivel de atención con base en el respeto, empatía y tolerancia de manera que se brinde una atención de calidad y humanista.
- Contar con un equipo de salud multidisciplinario capacitado en el manejo de las emociones para ayudar a las pacientes a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana creando una interacción social de mayor impacto.
- Fomentar y reforzar el apoyo conyugal de tal manera que las pacientes perciban el apoyo no solo en sus necesidades instrumentales sino también afectivas y emocionales creando una interacción social de mayor impacto.
- Contar con un espacio que brinde apoyo tanatológico y terapia familiar a éstas pacientes y sus familiares para afrontar de mejor manera la enfermedad.
- Se invita a la realización de estudios similares en donde se demuestren los sentimientos por los que atraviesa la paciente antes, durante y después del diagnóstico y tratamiento; así como los mecanismos de afrontamiento y las emociones percibidas por la pareja conyugal.



### XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Lazcano PE, De los Ríos E., Uscanga SS. "Cáncer de mama. Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control. México: Sociedad Mexicana de Oncología, 2014.
2. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama en Segundo y Tercer nivel de atención. IMSS-232-09.
3. Agudelo BM., *"Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales"*. Salud Colectiva, Buenos Aires 2013, 9(1):79-90.
4. Vargas TRE., Pulido LSM., *"Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama"*. Rev ciencia y cuidado. 2012; 9(1):65-78.
5. Curso virtual Cáncer de Mama Online from: <http://camaimss.inspvirtual.mx/>. Consultado en Octubre. 2014.
6. Brandan ME., Villaseñor NY. *"Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México"*. Cancerología 1 (2006):147-162.
7. Sanfillippo BJ. "Cáncer de mama" Seminario. El ejercicio actual de la medicina. 2008.
8. "Estadísticas a propósito del Día Internacional contra el Cáncer de Mama". INEGI. Octubre 2013.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. DOF: 09/06/2011.
10. Leyva PY., Solano AG., et al. *"Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama"*. Revista de Investigación. UDES. Octubre 2011. 96-104.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2011. "Estadísticas a propósito del Día Internacional Contra el Cáncer de Mama".
12. Thomas CP., Saborío HF. *"Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y la mastectomía"*. Rev Cost Cienc Med 1985; 6(2):29-38.
13. Moreno LSL., Lara MFU., et al *"Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama"*. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(1):47-52.
14. Cervera S., Aubá E., *"Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama"*. Boletín de Psicología Noviembre 2005 (85): 7-29.



15. Pisoni AC., Kolankiewicz ACB., et al. *“Dificultades experimentadas por las mujeres que reciben tratamiento para el cáncer de mama”*. J. res.: fundam. Care. Online 2013. Jul./set. 5(3):194-01.
16. Sebastián J., Manos D., et al. *“Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial”*. Clínica y Salud 2007; 18 (2): 137-161.
17. Ostigin MRM., Pérez ZSE., et al. *“Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al apoyo familiar”*. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 5. No 2 Abril-Junio 2008. 10-15.
18. Velasco CML, Luna PMR. *“Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja”*. 1ra. Ed. México: Pax México; 2006. p.183-200.
19. Velasco CML, Sinibaldi JF. *“Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)”*. 1ra ed. México: Manual Moderno; 2001.
20. Ornelas MRE., Tufiño TMA., et al. *“Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve”*. Psicología y Salud 2013; 23 (1): 55-62.
21. Font A., Cardoso A., *“Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales”*. Psicooncología 2006; 6 (1): 27-42.
22. Barroilhet D. S., Forjaz M.J. et al. *“Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer”*. Actas Esp Psiquiatr 2005; 33(6):390-397.
23. Varela B., Alonso R., et al. *“Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego de diagnóstico y cirugía”*. Rev Psiquiatr Urug 2011; 72 (2): 110-122.
24. Enríquez VMF. *“Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno”*. Revista Centro de Estudios en Salud 2010; 1 (12): 7-19.
25. Díaz AG., Yaringaño LJ., *“Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos”*. Revista de Investigación en Psicología 2010; 13 (1): 69-86.
26. Escalera VL., Rojas CC., et al. *“Correlación de estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama”*. Psiquis (México) 2009; 18 (2): 52-64.



27. Garduño C., Riveros A., et al. *“Calidad de Vida y Cáncer de mama: Efectos de una intervención cognitivo-conductual”*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual 2010; 1 (1): 69-80.
28. Monge RF. *“Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama-Hospital EsSalud Cusco”*. SITUA 2006; 15 (1,2): 48-54.
29. Acrich AI. *“Cáncer de mama. Comunicación diagnóstica y relación terapéutica”*. Facultad de Humanidades. Licenciatura en Psicología. Tesina No. 238. Septiembre 2008: 1-75.
30. Real Academia Española. Edición 23. Octubre 2014.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20**

**Tesis**

**XIV. ANEXOS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF No. 20 Calzada Vallejo No. 675 Col. Magdalena de las Salinas Deleg. Gustavo A. Madero. C.P. 07760
Número de registro:	
Propósito del estudio:	<p>La estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. El estudio tiene como propósito determinar la asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama.</p> <p>Usted ha sido invitada a participar en este estudio porque cuenta con el diagnóstico y cuenta con una pareja sentimental, por lo que pensamos que pudiera ser una buena candidata para participar en este proyecto.</p> <p>Al igual que usted más personas serán invitadas a participar en esta unidad, 49 personas más serán invitadas a participar e incluidas en este estudio.</p> <p>Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.</p>
Procedimientos:	<p>Se le pedirá que responda un cuestionario en el que le preguntaremos sobre edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, tiempo de pareja, número de hijos, meses o años del diagnóstico y tratamiento. Se preguntará sobre la forma como su pareja responde ante una problemática suya, la forma de como usted le comunica a su pareja sus conflictos, como manejó el diagnóstico y a su salud y actividades cotidianas. Dicha información será totalmente confidencial, esto es, será conservada de tal forma que usted no pueda ser identificado. Pudiera ser que dentro de las preguntas en el cuestionario, alguna le hiciera sentir incómoda, usted tiene todo el derecho de no responder a cualquier pregunta que le incomode.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de estudios clínicos no invasivos que no ocasionan dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Sin embargo, los resultados obtenidos del presente estudio contribuirán a identificar la asociación que existe y de acuerdo a ello buscar alternativas para afrontar de mejor manera dicho diagnóstico, así como buscar implementar el apoyo familiar que es de suma importancia para impactar de manera positiva la calidad de vida de estas pacientes.
Resultados o información nueva sobre alternativas de tratamiento:	Se informará por escrito los resultados y conclusiones de este estudio en los medios de difusión pertinentes.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria, en caso de no aceptar participar no repercutirá en su atención, tratamiento o calidad del trato por parte de equipo médico. Usted puede abandonar el estudio en el momento que lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione será completamente confidencial y estará apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley General de Salud.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20**

**Tesis**

Personal del contacto para dudas y Aclaraciones sobre el estudio:

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse de 08:00 a 14:00 hrs., de lunes a viernes con la Dra. María del Carmen Aguirre García, Médico Familiar especialista en Terapia Familiar con matrícula: 10859357, quien es investigador responsable del estudio, al teléfono 5587-4422 Ext. 15320 y 15368 en el Servicio de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar N.20, ubicada en Calzada Vallejo #675 Col. Magdalena de las Salinas, o al siguiente correo electrónico [carmenaguirre1@yahoo.com.mx](mailto:carmenaguirre1@yahoo.com.mx)

Si usted tiene dudas o preguntas sobre sus derechos al participar en un estudio de investigación, puede comunicarse con los responsables de la Comisión de Ética en Investigación del IMSS a los Tel 56276900-21216, de 9 a 16:00 hrs; o si así lo prefiere al correo electrónico: [conise@cis.gob.mx](mailto:conise@cis.gob.mx) . La Comisión de Ética se encuentra ubicada en el Edificio del Bloque B, Unidad de Congresos piso 4, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, C.P. 06725, México D.F.

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.	Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

**INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA (IAPP)**

Marque con una X el número que mejor represente la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesto/a posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano gracias.

	Nunca lo hace (1)	Rara vez lo hace (2)	Algunas veces lo hace (3)	Muchas veces lo hace (4)	Siempre lo hace (5)
1. Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo					
2. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo (a)					
3. Mi pareja escucha mis problemas					
4. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta					
5. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance					
6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20

Tesis

7. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional					
8. Mi pareja es solidaria (o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales					
9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita					
10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa					
11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hace ver los pros y los contras de aquellos					
12. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo					
13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas					
14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena					
15. Mi pareja me apoya dándome amor					
16. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles					
17. Ante una dificultad, mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”					
18. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere					
19. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me juzga					
20. Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas					
21. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento					
22. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me aconseja					
23. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución					
24. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me dice qué debo hacer y qué no					
25. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema					
26. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me cree					
27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se comporta hostil conmigo					
28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompaña en mi preocupación					
29. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o					



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20**

**Tesis**

él me dirige en la solución de aquellos					
30. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me crítica					
31. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema					
32. Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones					
33. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido					
34. Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución					
35. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro(a) conmigo					
36. Mi pareja me respalda en mis decisiones					
37. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional					
38. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opinión de solución					
39. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas					
40. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela					
41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto					
42. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones					
43. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución					
44. Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable					

En esta segunda parte marque con una X el número que mejor represente la forma de como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesto (a) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano, gracias.

	Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
45. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío					
46. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras					



47. Comparto mis problemas con mi pareja					
48. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja					
49. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión					
50. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío					
51. Comunicó mis problemas a mi pareja					
52. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía					
53. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas					
54. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen					
55. A mi pareja le agradezco cuando me escucha					
56. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja					
57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja					
58. Comparto mis conflictos con mi pareja					
59. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos					

**INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (TOBIN, HOLROYDS Y KIGAL, 1989. ADAPTACIÓN CANO, RODRÍGUEZ Y GARCÍA, 2006)**

Piense unos minutos en una situación o hecho que ha sido muy estresante (Cáncer de mama). Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica marcando la opción que corresponda. Asegúrese de responder todas las frases y de marcar sólo una opción. Sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 20

Tesis

	Absoluto (0)	Un poco (1)	Bastante (2)	Mucho (3)	Totalmente (4)
1. Lucho para resolver mi problema					
2. Me culpo a mí mismo					
3. Dejo salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4. Deseo que la situación nunca hubiera empezado					
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6. Repaso el problema una y otra vez en mi mente y al final veo las cosas de una forma diferente					
7. No dejo que me afecte; evitó pensar en ello demasiado					
8. Paso algún tiempo solo					
9. Me esfuerzo para resolver los problemas de la situación					
10. Me doy cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reprocho					
11. Expreso mis emociones y lo que siento					
12. Deseo que la situación no exista o que de alguna manera terminase					
13. Hablo con una persona de confianza					
14. Cambio la forma en que veía la situación para que las cosas no parezcan tan malas					
15. Trato de olvidar por completo el asunto					
16. Evito estar con gente					
17. Hago frente al problema					
18. Me crítico por lo ocurrido					
19. Analizo mis sentimientos y simplemente los dejo salir					
20. Deseo nunca más encontrarme en esta situación					
21. Dejo que mis amigos me echen una mano					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23. Quito importancia a la situación y no quiero preocuparme más					
24. Oculto lo que pienso y siento					



25. Supe lo que debía hacer, doblé mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionarán					
26. Me recriminó por permitir que esto ocurriera					
27. Dejo desahogar mis emociones					
28. Deseo poder cambiar lo que sucedió					
29. Paso algún tiempo con mis amigos					
30. Me pregunto qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31. Me comporto como si nada hubiera pasado					
32. No dejo que nadie sepa cómo me siento					
33. Mantengo mi postura y lucho por lo que quiero					
34. Fue un error mío, así que tengo que sufrir las consecuencias					
35. Mis sentimientos son abrumadores y estallan					
36. Me imagino que las cosas podían ser diferentes					
37. Pido consejo a un amigo o familiar que respeto					
38. Me fijo en el lado bueno de las cosas					
39. Evito pensar o hacer nada					
40. Trato de ocultar mis sentimientos					
Me consideró capaz de afrontar la situación					

### INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

#### *Ejemplo:*

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.



0%      20%      40%      60%      80%      100%  
Nunca    **Casi nunca**    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

Encerraría en un círculo "Casi nunca" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "Siempre".

0%      20%      40%      60%      80%      **100%**  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    **Siempre**

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si cuido mi salud mejorará:

0%      20%      40%      60%      80%      100%  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas:

0%      20%      40%      60%      80%      100%  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

**PREOCUPACIONES**

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad:

0%      20%      40%      60%      80%      100%  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás:

0%      20%      40%      60%      80%      100%  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre



5. Me preocupa que alguien se sienta incómodo (a) cuando está conmigo por mi enfermedad:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

### DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

### AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

12. Me siento tan vacío (a) que nada podría animarme:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

13. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre



14. Me siento solo (a) aun estando en compañía de otros:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

**PERCEPCIÓN CORPORAL**

15. Me siento poco atractivo (a) porque estoy enfermo (a):

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

16. Me siento restringido (a) por mi peso:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

17. Me da pena mi cuerpo:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo (a):

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

**FUNCIONES COGNITIVAS**

19. Se me olvida en dónde puse las cosas:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

20. Se me olvidan los nombres:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

22. Tengo problemas con mi memoria:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre



Durante las últimas 2 semanas .....

**ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO**

23. Me fastidia tomar tantas medicinas:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

26. Me siento incómodo (a) con mi médico:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

**FAMILIA**

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

29. Mi familia me comprende y apoya:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

30. Mi familia cuida mis sentimientos:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

**TIEMPO LIBRE**



31. Desde que enfermé deje de disfrutar mi tiempo libre:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

32. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

#### **VIDA COTIDIANA**

35. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

36. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

37. Ahora que estoy enfermo (a) la vida me parece aburrida:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

38. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo (a):

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas .....

#### **DEPENDENCIA MÉDICA**

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas:

0%	20%	40%	60%	80%	100%
----	-----	-----	-----	-----	------



	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
41. No me importa que tengo, sólo quiero que el médico me cure:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
42. El responsable de que me cure es el médico:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Durante las últimas 2 semanas.....						

**RELACIÓN CON EL MÉDICO**

43. Disfruto asistir al médico:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
45. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
46. Necesito atención médica constante:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas.....

**RELACIÓN CON EL MÉDICO**

47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar:						
	0%	20%	40%	60%	80%	100%



Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes:

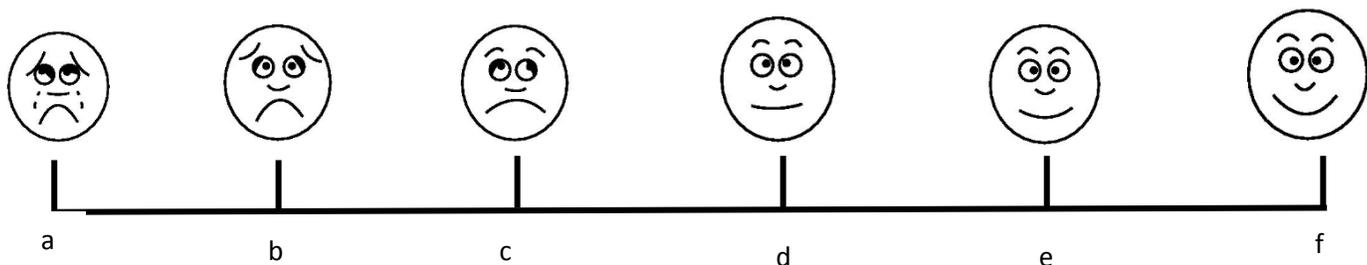
0%    20%    40%    60%    80%    100%  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme:

0%    20%    40%    60%    80%    100%  
Nunca    Casi nunca    Pocas veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

### BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?. Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo:



La peor calidad de vida posible.  
Tan mal o peor que estar muerto

La mejor calidad de vida posible

52. Mi salud en general es:

Muy mala     Mala     Regular     Buena     Muy buena     Excelente

53. En comparación con el año pasado, ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

Muy mala     Mala     Regular     Buena     Muy buena     Excelente



54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc)

No  Sí, por favor describa:

55. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación, etc)

No  Sí, por favor describa:

56. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

57. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí.

### SINTOMAS FISICOS:

Instrucciones: La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los **últimos 7 días**.

1. ¿Dolor de cabeza?

No tuvo  Un poco  Moderadamente  Mucho  Muchísimo

2. ¿Dolores musculares?

No tuvo  Un poco  Moderadamente  Mucho  Muchísimo



3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

4. ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

5. ¿Problemas para ver?

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

6. ¿Problemas para oír?

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

7. ¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc)

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

8. ¿Tos molesta?

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

9. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc)

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

10. ¿Tics, tartamudeo?

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

11. ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc?

No tuvo       Un poco       Moderadamente       Mucho       Muchísimo